

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO  
MESTRADO EM EDUCAÇÃO - MOVIMENTOS SOCIAIS**

**(RE) PENSANDO A SAÚDE, O SUS E O PROGRAMA DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA: COM A PALAVRA AS FAMÍLIAS DO  
MÉDIO ARIRIÚ - Palhoça / SC**

**Autora: Fernanda Furtado Nascimento**

**Orientadora: Professora Dra. Maristela Fantin**

**Co - orientador: Professor Dr. Marco Aurélio Da Ros**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Educação

**Florianópolis, agosto de 2004**

*O caminho é longo e íngrime, queixa-se um discípulo ao Buda. E este respondeu: "Amigo, o caminho é longo e difícil porque tu queres chegar logo ao fim do caminho. O verdadeiro fim do caminho não é chegar ao fim, é o caminhar. (Em: Crise: oportunidade de crescimento, de Leonardo Boff)*

### DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho a minha família, amigos e a todas  
as pessoas que lutam pela qualidade, na Educação e na Saúde.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela força e inspiração.

A meus pais, Laerte e Noemi, pela vida, amor, limites e incentivo.

Aos manos Claudia, Luciano, Denilson e a mana de coração e cunhada Angelita, pelas vivências de fraternidade e amor.

Ao sobrinho Bruno, gestado e nascido ao longo desse trabalho, pela esperança na continuidade da vida.

Aos amigos e amigas de todas as horas, pelo incentivo e amizade.

Aos colegas Ivan, Lori, Lúcia, Mara, Frankel, Rosângela e Vera, por compartilharam comigo suas experiências de vida e de militância nos movimentos populares.

Às funcionárias do PPGE, em especial, a Sônia, pelas orientações e sugestões para resolver as questões burocráticas.

Às professoras Andréa Vieira Zanella, Diana Carvalho de Carvalho, Maria Aparecida Crepaldi e ao professor Paulo Meksenas, pelos conhecimentos e ensinamentos práticos e teóricos.

Às colegas do Departamento de Metodologia de Ensino da UFSC, Maria Hermínia, Josiana, Soninha, Claudia, Clara e Eliane, pelos momentos de discussão teórica e de descontração durante os intervalos de nossas aulas.

Às alunas de Pedagogia, por possibilitarem me construir como professora e pesquisadora.

Aos alunos, professores, funcionários e diretoras do Centro Educacional Municipal Barreiros por me ensinarem a ser educadora.

Às colegas do Instituto Familiar Ana Paula, Ana Sílvia, Cida, Edla, Gizele, Juline, Lila, Maria Claudia, Mônica, Odete e a professora Denise Duque, por me ajudarem a compreender mais sobre as famílias, suas diversas constituições e relações.

Ao colega Dalmo Silveira de Souza, pela escuta atenta e incentivo nos momentos de angústia e cansaço mental e emocional.

Ao professor Wilson Fábio de Castro, pelo exemplo de vida e pela revisão gramatical desse trabalho.

À prima Andresa pelas transcrições das entrevistas.

À prima Gizele, por ter me ajudado na sessão de fotos que ilustram esse trabalho.

Aos meus familiares, pela identidade e pelo orgulho de ser brasileira.

Ao Secretário Municipal de Saúde de Palhoça, à coordenadora do Posto do Médio Aririú e às enfermeiras e aos agentes comunitários das equipes de saúde da família dessa localidade, pela permissão, disponibilidade e entusiasmo com que me acolheram ao longo da etapa de campo dessa pesquisa.

À Helen, Josiane, Teresinha e as pessoas que direta ou indiretamente participaram dessa pesquisa.

Em especial, aos meus orientadores Maristela Fantin e Marco Aurélio Da Ros, pela compreensão, pela paixão em ensinar e aprender e, principalmente pelo exemplo de luta e vida.

## RESUMO

Os anos noventa trouxeram grandes transformações no que tange as políticas públicas de saúde, resultantes das lutas travadas pelos movimentos nacionais e internacionais em prol da melhoria dos padrões de vida da população. Com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF), no anos 91 e 94, respectivamente, ocorreu um redimensionamento nas práticas em saúde.

Em Palhoça, entre maio de 2002 e abril de 2003, vinte equipes de saúde da família começaram suas atividades em diversas unidades básicas de saúde do município. Uma dessas localidades foi escolhida para a realização dessa pesquisa. Foi investigado junto às famílias, residentes na localidade do Médio Aririú (Palhoça / SC) sobre suas histórias de vida, suas culturas, suas percepções, suas atuações e suas concepções de saúde, SUS e PSF.

Essa pesquisa aconteceu em três etapas: 1) observação e acompanhamento de cinco agentes comunitários em suas visitas domiciliares; 2) entrevistas com mediadores em saúde; 3) transcrição dos conteúdos e estabelecimento das categorias de análise.

Na análise das subcategorias foi constatado que, em geral, a concepção de saúde que apareceu nas entrevistas, relacionava-se com outros fatores além do biológico, como os emocionais, financeiros e de convivência interpessoal. A maioria dos mediadores em saúde não vinculou o médico, os agentes comunitários e demais profissionais a uma equipe, queixou-se da divisão por área para atendimento médico e das constantes trocas de profissionais.

Em síntese, essa pesquisa buscou identificar e apresentar o modo particular com que cada família foi compreendendo e participando do novo modelo de atenção básica em saúde, que responde pela sigla de PSF.

**Palavras-chaves:** Saúde, Educação, Famílias, Concepções de saúde, SUS, PSF.

## ABSTRACT

The 90,s brought up great changes into health public politics, all consequences of the national and international movements in favor of better life patterns of population. Since the implantation of the Program of Community Health Agents as well as the Program of Family Health (PSF) respectively in 1991 and 1994, the health practices had changed.

In Palhoça, between May, 2002, and April, 2003, twenty family health teams began their activities in many municipal basic unities. One of these places was chosen to be the place of this research. The families investigated were all residents in Medio Aririú (Palhoça/SC) and it was investigated their life history, culture, perceptions, attitudes and health conceptions (SUS and PSF).

This research had three parts: 1) observation and attendance of five community agents in their domiciliary visits; 2) interviews with the mediators in health; 3) transcription of data and establishment of the analysis categories.

During the subcategories analysis it was noticed that the health conception was generally related to other factors beyond the biological, for example, the emotional, financial, as well as interpersonal life. The major health mediators did not link the doctor, the health agents and other professionals to a staff, and also complained about the area division in the medical attendance as well as the constant professional substitutions.

In short, this research identified and presented the very particular way of the families to comprehend and take part in a new model of health basic attendance that is recognized as PSF.

**Key-words:** health, education, families, health conceptions, SUS, PSF.

## SUMÁRIO

<b>RESUMO .....</b>	<b>05</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>06</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>09</b>
Apresentação das famílias das pessoas entrevistadas.....	14
<b>1. PERCURSO METODOLÓGICO .....</b>	<b>27</b>
1.1) O ponto de partida .....	27
1.2) O trajeto .....	29
1.3) Os parceiros de jornada .....	30
1.4) O contexto .....	33
1.4.1) O município catarinense de Palhoça .....	33
1.4.2) O Centro de Saúde do Médio Aririú .....	38
1.5) Os parceiros teórico-metodológicos .....	40
1.6) Novos parceiros de jornada .....	42
<b>2. PERCURSO TEÓRICO .....</b>	<b>45</b>
2.1) O Sistema Único de Saúde - Sua história em muitas histórias .....	45
2.2) O SUS: Seus princípios doutrinários e organizativos .....	54
2.2.1) Princípios Doutrinários do SUS: Universalidade, Equidade e Integralidade .....	54
2.2.2) Princípios Organizativos do SUS .....	55
2.3) O Programa de Saúde da Família .....	56
2.3.1) O Programa como uma estratégia para reorientação do modelo assistencial em saúde no Brasil .....	57
2.3.2) A saúde como conceito .....	62
2.3.3) As diversas definições de família .....	67
2.4) Outros conceitos importantes para o PSF: Participação e Educação em Saúde .....	72
2.4.1) Sobre a Participação em Saúde .....	72
2.4.2) A Educação em Saúde .....	78
2.4.2.a) Um breve histórico .....	78
2.4.2.b) A educação em saúde na formação de cidadãos .....	83
<b>3. PERCURSO ANALÍTICO - As histórias se encontram .....</b>	<b>87</b>
3.1) Saúde / Família Saudável .....	89
3.1.1) Saúde como Primordial / Riqueza .....	90

3.1.2) Cuidados Preventivos em Saúde .....	91
3.1.3) Saúde como bem-estar mental ou emocional .....	95
3.1.4) Família Saudável .....	97
3.2) Sistema Único de Saúde / Posto de Saúde .....	100
3.2.1) Procura pelo Atendimento em Saúde .....	100
3.2.2) Principais Queixas dos Serviços de Saúde .....	103
3.2.3) Principais soluções encontradas .....	107
3.2.4) Principais propostas apontadas .....	109
3.2.5) O Bom Atendimento Médico .....	110
3.3) Programa de Saúde da Família .....	114
3.3.1) Concepção do Programa de Saúde da Família .....	114
3.3.2) Principais queixas indiretas ao PSF .....	117
3.3.3) Relação com a Equipe .....	121
3.3.4) As Percepções sobre as mudanças do Posto de Saúde .....	124
3.3.5) Sobre as Visitas Domiciliares dos Médicos .....	126
3.4) Formas de Participação .....	127
3.4.1) Participação Espontânea ou Involuntária .....	128
3.4.2) Participação Consciente ou Crítica .....	128
3.4.2.a) Que resulta de um pensamento mais individual .....	128
3.4.2.b) Que resulta do pensamento coletivo .....	130
3.5) Ações Educativas em Saúde .....	132
3.6) Considerações Finais .....	137
<b>4. PARA NÃO CONCLUIR .....</b>	<b>143</b>
<b>5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>147</b>
<b>6. ANEXOS .....</b>	<b>152</b>
6.1) Roteiro das Entrevistas .....	152
6.2) Cópia do Consentimento livre e esclarecido (TCLE) do Comitê de Ética da UFSC .....	153
6.3) Registos fotográficos do Centro de Saúde do Médio Aririú, da avenida Bom Jesus de Nazaré e outras vias e paisagens do Médio Aririú .....	154



## **Introdução**

*Uma jornada de milhas começa com um simples passo.  
(Lao Tzu)*

Esse trabalho de pesquisa surgiu do meu interesse em investigar sobre o Programa de Saúde da Família (PSF), bem como de contribuir para o resgate da família como um importante sujeito de atuação e intervenção em saúde. Para discorrer sobre essa temática busquei identificar a saúde como direito de todos e dever do estado e, como um dos caminhos para a realização da cidadania.

Estudando a construção do SUS e a reestruturação dos serviços de atenção básica em saúde, realizada pelo Governo Federal na década de noventa, a partir da implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 e, do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, identifiquei que esses programas trouxeram novos questionamentos em relação às práticas em saúde no Brasil. E inauguraram um solo fecundo para discutir novas e antigas questões sobre como planejar e promover saúde num país onde grande parcela da população não dispõe dos meios básicos de vida, segurança e alimentação.

Desse modo, constatei que o PSF preconizava, em suas estruturação e organização, a adoção de medidas de promoção à saúde, em especial, de implementação de políticas públicas com ênfase na educação em saúde, na articulação dos conhecimento técnicos e populares e na mobilização de recursos institucionais e comunitários, *buscando promover a qualidade de vida e valorizar o papel dos indivíduos no cuidado com sua saúde, de sua família e de sua comunidade.* (Cardoso, 2002: 02)

A família como instituição, na qual, via de regra, estabelecem-se os primeiros contatos sociais e tem como funções primordiais a promoção do desenvolvimento (físico, mental e social), a nutrição alimentar, moral e afetiva, a proteção e a segurança de seus

membros, tornou-se a clientela preferencial da estratégia de cuidados primários no país, atualmente denominada de PSF.

Respeito e acredito que a população, em especial as famílias, possuem um saber sobre si mesmas, seu contexto e suas realidades econômicas, culturais e sociais, bem como suas demandas no setor saúde. Assim, interessou-me enquanto pesquisadora (e, principalmente educadora), investigar junto às famílias de classes populares, suas experiências e vivências após um ano do início das atividades das equipes de saúde da família (ESF) em sua unidade de saúde de referência. Minha questão norteadora foi: De que modo as famílias perceberam e participaram do processo de implantação do PSF em seu bairro?

Desta questão surgiram outras: Quais as formas de participação das famílias atendidas por este programa? Estas famílias conseguiam perceber o que mudou em relação ao modelo de atenção básica antes da implantação das equipes do Programa de Saúde da Família? As famílias (usuárias do SUS (Sistema Único de Saúde)) estabeleceram alguma relação entre as ações de prevenção e tratamento de doenças ou de promoção à saúde com ações educativas? Qual a definição que estas tinham de uma ação educativa em saúde?

A partir desses questionamento, fui a campo com a intenção de estabelecer um contato mais próximo com algumas famílias atendidas pelas equipes de saúde da família, para compreender como estas famílias vivenciaram (e estavam vivenciando) a transição do modelo de atendimento em saúde em seu local de residência.

Para tal, delimitei os seguintes objetivos específicos: 1) Investigar os principais aspectos geográficos, sociais, culturais e econômicos das famílias selecionadas para a pesquisa, para melhor compreender o contexto no qual estavam inseridas. 2) Identificar como esses distintos grupos familiares compreendiam a saúde, o SUS e o PSF. 3) Identificar de que forma as famílias estavam compreendendo (assimilando) o novo modelo de atenção primária em saúde (PSF) (em suas experiências cotidianas em busca do atendimento em saúde). 3) Identificar de que modo as famílias estavam observando e acompanhando e participando do trabalho educativo realizado pela ESF (caso existisse) que atendia a sua área de moradia.

A fim de cumprir tais objetivos e de responder a questão norteadora, realizei um trabalho de pesquisa qualitativa, que aconteceu em três etapas distintas: observação e

acompanhamento das visitas domiciliares, junto com cinco agentes comunitários de duas equipes de saúde da família; a marcação (dias e horários previamente agendados), a realização das entrevistas semiestruturadas (roteiro em anexo), gravadas em áudio; a transcrição das fitas K-7 e na análise dos conteúdos das entrevistas, na qual realizei uma leitura flutuante para identificação das subcategorias que formaram as categorias definidas a priori: Concepção de Saúde/Família Saudável; SUS/Posto de Saúde; Programa de Saúde da Família, Formas de Participação e Atividades Educativas em Saúde.

A unidade de saúde escolhida para o desenvolvimento dessa pesquisa foi o Posto de Saúde do Médio de Aririú, localizado no município de Palhoça / SC.<sup>1</sup>

Realizei vinte entrevistas. Três entrevistas foram pilotos e uma não pôde ser transcrita devido a problemas no áudio. Considerei, então como material de pesquisa, dezesseis entrevistas, realizadas no intervalo de uma semana (22 a 29/07/2003, excetuando-se o dia 27). Duas das entrevistas foram realizadas com casais, uma com sogra e nora, outra com duas concunhadas. As demais entrevistas (doze) foram realizadas com as principais responsáveis pelos cuidados em saúde dos membros das famílias (mães e avós). Uma das entrevistadas tinha 93 anos, era viúva e residia sozinha, próxima à casa de filhos/as casados/as, considerei sua família composta por um só membro.

O tempo de moradia dos entrevistados e suas famílias no bairro do Aririú (onde está localizado o Posto de Saúde do Médio Aririú), compreendia o intervalo de um ano e meio até oitenta e oito anos. Das pessoas entrevistadas, cinco referiram residir no bairro de um ano e meio até dez anos; dez mencionaram que residiam no bairro de doze a vinte anos; três moravam com suas famílias há 21, 28 e 30 anos na mesma localidade e, uma das entrevistadas residia há mais de oitenta anos no bairro.

Das dezenove pessoas entrevistadas, quatorze eram provenientes de municípios catarinenses (Angelina, São Bonifácio, Biguaçu, Campos Novos, Águas Mornas e Urubici); as cinco demais pessoas vieram do próprio município de Palhoça (Barra do Aririú, Palhoça, Guarda do Cubatão e Aririú).

Dezessete mulheres e dois homens (juntamente com suas esposas) participaram das entrevistas. Um dos homens mencionou ser agricultor aposentado e o outro marceneiro. Sete mulheres referiram ser do lar (duas delas garantiam uma renda adicional cuidando

cada qual de uma criança, uma outra já havia exercido trabalho remunerado e estava procurando emprego). Também foram entrevistadas duas professoras aposentadas e uma na ativa, duas agricultoras, aposentadas, e duas que ainda trabalhavam na lavoura, duas autônomas (uma diarista e outra costureira) e uma operária de uma fábrica de bordados.

Nas entrevistas, apareceram algumas referências à prática religiosa da família, como estratégia para enfrentar quadros patológicos já estabelecidos e prevenir doenças, e também a orientações quanto a saúde recebidas na Igreja. Três entrevistadas referiram seguir os ensinamentos e preceitos da Igreja Luterana, uma das entrevistadas referiu participar dos cultos e atividades da Igreja Adventista do Sétimo Dia e cinco mencionaram frequentar a Igreja Católica Apostólica Romana.

Valla (1996: 179) escreveu que (...) *Os saberes da população são elaborados sobre a experiência concreta, a partir de suas vivências, que são vividas de uma forma distinta daquela vivida pelo profissional*. Nesse mesmo artigo, o autor mencionou a dificuldade que o profissional tem de reconhecer essa sabedoria popular, denegrindo-a ou desconsiderando-a, em prol do saber científico / acadêmico, reconhecido como mais completo e superior.

Desse modo, propus-me a escutar os mediadores em saúde das famílias. Estes mediadores além de serem os cuidadores, os responsáveis, diretos ou indiretos pelas questões de saúde/doença de si mesmos e dos demais membros da família; eram os intermediários entre os serviços de saúde (posto, hospitais, clínicas particulares e conveniadas), os profissionais de saúde e os agentes comunitários e as famílias.

Ao longo das entrevistas, e da análise das mesmas, fui percebendo que a implantação do Programa de Saúde no Médio Aririú, tornou-se pano de fundo para discussões mais amplas e complexas sobre a forma com as pessoas entrevistadas construíram suas concepções de Saúde, SUS, PSF, entre outros. Por esse motivo, essa dissertação antes intitulada "O Programa de Saúde da Família: Com a Palavra as Famílias do Médio Aririú - Palhoça / SC", foi alterado para "(Re)Pensando Saúde, SUS e PSF: com a Palavra as Famílias do Médio Aririú - Palhoça / SC"

Assim, o Percurso Metodológico contempla a descrição dos principais passos da pesquisa, a citação dos referenciais metodológicos que utilizei, a contextualização histórica

---

<sup>1</sup> Informações mais detalhadas sobre o município e a unidade de saúde pesquisados constam no próximo capítulo.

e geográfica (aspectos físicos, econômicos, populacionais e sociais) do município de Palhoça, e informações sobre o bairro e o Centro de Saúde do Médio Aririú.

Como acredito na perspectiva social e histórica da construção do conhecimento, fundamentei teoricamente esse trabalho a partir de uma breve síntese histórica e dinâmica do Sistema Único de Saúde (SUS), institucionalizado no Brasil com a promulgação da Constituição Federal em 05 de outubro de 1988 (CF 88). E dei destaque a participação dos diversos atores sociais envolvidos no processo de sua gestação e regulamentação (do SUS). O Programa de Saúde da Família (PSF) também foi temática de destaque, bem como a promoção em saúde das famílias na sociedade brasileira, a participação popular e suas implicações educacionais e sociais.

Desse modo, o Percurso Teórico contempla os principais referenciais que orientaram esse trabalho. Desde a compreensão do processo que deu origem à criação do SUS e do PSF, bem como do novo modelo de se pensar a saúde, a família, a participação e a educação em saúde que surgiram com institucionalização dos mesmos e suas conseqüências para a atenção básica em saúde no Brasil.

O capítulo 3 - que chamarei de Percurso Analítico - contempla a análise das entrevistas e estrutura-se a partir da classificação e da organização das subcategorias (identificadas nas falas das pessoas entrevistadas), as quais constituem as categorias previamente definidas no roteiro das entrevistas.

Fundamentada num referencial que valoriza o trabalho educativo e promotor de saúde da família e da comunidade, busquei relacionar as percepções e conhecimentos que as pessoas entrevistadas dispunham sobre a nova estratégia de atenção em saúde básica com suas histórias de vida e de acesso aos serviços de saúde e às informações sobre os mesmos. Também utilizei alguns trechos das entrevistas para ilustrar a distância que existe entre o previsto na legislação e a realidade vivenciada pelas pessoas que procuram o atendimento público em saúde.

Para finalizar o capítulo 3, apresento as Considerações Finais, quando que, além de tentar responder a pergunta que norteou a pesquisa, busco ampliar as discussões sobre como se vem desenvolvendo a face educativa do PSF.

Em Para não Concluir (capítulo 4) apresento um breve comentário sobre o meu caminhar de pesquisadora, e algumas conclusões pessoais sobre o processo da pesquisa e das informações analisadas.

Antes de dar início à apresentação dos outros tópicos deste trabalho, julgo importante apresentar brevemente as pessoas entrevistadas e seus contextos familiares. Para garantir o anonimato e proteger a privacidade das pessoas que participaram dessa pesquisa, todos os nomes foram alterados. Cada família recebeu uma denominação, de acordo com alguma característica peculiar encontrada nas transcrições das conversas, ou do uso repetitivo de alguma expressão ou de alguma frase representativa para a pesquisadora; as oito primeiras famílias residiam na área visitada pela agente de saúde Tiana, e as oito últimas pertenciam à área coberta pela agente Janaína.

### **Apresentação das famílias das pessoas entrevistadas**

Neste momento, quero registrar meus sinceros agradecimentos a todas as pessoas que se dispuseram a conceder-me essas entrevistas, a me contarem um pouco de suas vidas, a compartilharem comigo suas experiências, seus saberes, seus lares e suas próprias famílias. Agradeço-lhes porque, no anonimato de seus relatos, elas me permitiram construir/reconstruir conceitos, expectativas, hipóteses, e enfim, mudar meu olhar sobre o Programa de Saúde da Família. Graças à fala dessas pessoas humildes, disponíveis, acolhedoras e, por vezes, reticentes e desconfiadas, pude realizar a outra etapa desta pesquisa: a análise dos depoimentos colhidos durante a realização das dezesseis entrevistas (Capítulo 3).

Família Confiança em Deus - Composta pela mãe (91anos) e filha (58 anos), que vieram do município de Alfredo Wagner/SC e residem no bairro há vinte anos. D. Nair (filha) foi quem participou da entrevista. Ela referiu que quando morava em Alfredo Wagner trabalhava com costura e o marido trabalhava na lavoura de cebola. Ao virem para o município de Palhoça, residiram com os dois filhos no Bairro chamado Passa Vinte. Nesse período o marido começou a trabalhar com transporte e ela trabalhou numa mallharia, localizada no município vizinho de São José. Depois, mudaram-se com os filhos para o bairro do Aririú, onde moraram, durante dezesseis anos, numa casa localizada na Avenida

Bom Jesus de Nazaré. Há alguns anos, D. Nair separou-se do marido e a sua mãe D. Sandra veio residir com ela. Há quatro anos mãe e filha residiam na mesma casa de madeira, na qual aconteceu a entrevista. D. Nair ainda atuava como costureira (de forma autônoma), estudou até o terceiro ano do ensino fundamental e tem dois filhos casados, que não residem com elas. A mãe (D. Sandra) também estudou até o terceiro ano, toca violino, foi parteira da sua região. Como sofresse da visão, foi submetida a uma cirurgia para remoção da catarata. Sofre também de pressão baixa. Ambas freqüentam a Igreja Adventista do Sétimo Dia, que tem uma presença marcante no que diz respeito a saúde: *A nossa Igreja já tem muitas orientação de saúde né. Então orienta muito na alimentação vegetal. Diminui muito a carne. Eu nem como carne né. Saber ter os nutrientes certinho. Então a nossa Igreja orienta, sempre tem orientação, tem aula. Tem filme sobre saúde, o que deve comer. Daí a gente participa mais dessas partes porque já está mais na religião, né.* (D. Nair)

Família Cada um tem sua maneira de ser - Foram entrevistadas sogra (D. Sueli) e nora (D. Maria Rita). Esta última tem 31 anos, veio de São Bonifácio e reside com o filho (05 anos) e o marido (31 anos) numa casa de três cômodos, no mesmo terreno da família de origem do marido. D. Maria Rita mora há cerca de 12/13 anos no bairro. Ela e o esposo trabalham como operários numa fábrica de bordados e concluíram o ensino médio. D. Maria Rita queixou-se de dores no braço: *Provavelmente seja tendinite. Aí eles me ofereceram férias e eu disse eu quero, porque meu braço está ruim, estou com dificuldade pra trabalhar. E agora eu vou voltar a trabalhar e não consultei ainda. Eu espero que quando eu volte agora o meu braço melhore, mas acho difícil. Não tenho firmeza no braço.* D. Maria Rita também mencionou que passou por uma depressão pós-parto e, no período da entrevista, ainda tomava medicamento. *(Desde que meu filho nasceu, vivo à base de medicamentos. Se eu paro o medicamento, desabo. Eu parei um ano e pouco, daí mesmo que eu me afundei de vez. Só que agora começa a dar problema de pressão alta, várias coisas assim vai desencadeando.)*

D. Sueli (sogra) tem 55 anos. Professora aposentada pelo Estado(SC), reside no bairro há cerca de 30 anos, com o esposo (54 anos), também aposentado, e três filhos solteiros. Ela é proveniente da Barra do Aririú e ele do Aririú. Uma filha, casada, reside em

outro endereço. D. Sueli é acompanhada pela ginecologista do Posto, que a encaminhou para o Hospital Universitário (UFSC), devido a um pólipó no útero, descoberto num exame preventivo realizado no posto de saúde. Já o esposo é acompanhado por um neurologista (convênio) e toma medicamento, pois tem "problema de pânico" (sic) *Ele graças a Deus hoje está melhor. Que ele não saía nem da metade do terrero, ele tinha medo das pessoas. O último ano que ele teve que trabalhar, só Deus sabe o trabalho assim que eu passei, porque ele não atendia as pessoas, eu abria a casa e ele fechava. Com o medo que ele tinha, ele não atendia o telefone. Então ele consulta com um neuro e toma medicamento. (...) Eu até cheguei a tratar dele com um Psiquiatra que tinha. Mas eu não gostei. (...) porque a tendência deles é sempre entupir mais e mais as pessoas. Chega lá e pergunta como é que está a pessoa e aumenta mais a dosagem e não é por aí.(...).* (D. Sueli)

Família Em busca de sossego e solidariedade - A entrevistada (D. Deuza) é natural do município de Águas Mornas/SC. Aposentada, estudou até o 3º ano do ensino fundamental. O esposo é natural do município de Santo Amaro da Imperatriz/SC autônomo (negocia hortaliças) e estudou até o 4º ano do ensino fundamental. O casal reside no bairro há três anos e os dois filhos (um homem e uma mulher) são casados e residem com seus respectivos cônjuges em outras moradias. D. Deuza relatou-me que se sentiu discriminada na região em que residia, após ser acometida por um câncer de mama com metástase nos glânglios axilares e da mágoa que sentia dos seus antigos vizinhos. Disse ter sido bem acolhida pela nova vizinhança. Conseguiu superar um quadro depressivo que a acometeu após a intervenção cirúrgica e tratamento quimioterápico. Ela também contou de sua estadia no CEPON (Centro de Pesquisas Oncológicas) e os laços que ainda mantém com essa instituição, onde participa de reuniões esporádicas com mulheres mastectomizadas. Ambos (D. Deuza e esposo) têm hipertensão arterial e fazem acompanhamento no Posto de Saúde. *Eu estou no CEPON, no Posto eu vou pra ver a pressão (...) Por médico eu tenho no CEPON e eu vou continuar ali. (...) Ele está acompanhando no Posto por causa da pressão. Ele tem marcado assim de três em três meses, por causa pra pegar a receita dos remédios. Daí ele faz os exames, tudo. (...) Muitas vezes eu tenho que dar duro em cima dele pra ele ir. Ele é muito mais pra dizer não pra ir no médico, do que sim.*



Família Alguns Dizem - Esta família reside no bairro há dezenove anos, sendo proveniente do município de Angelina/SC. S. Soraia (39 anos) reside com o esposo Antenor de 43 anos e o filho (16 anos) numa confortável casa de alvenaria. No período da entrevista, a filha estava com 18 anos e morava com o companheiro numa casa localizada no mesmo terreno dos pais. D. Soraia não era alfabetizada e trabalhava nos afazeres domésticos, ao passo que o esposo (Sr. Antenor) tinha por profissão a marcenaria. Ele apresenta dores no joelho e tem algumas manchas no rosto. Ela tem infecção no útero, um caroço no lado direito do seio, dores no braço e "problemas no sangue" (sic). Ambos utilizam os serviços do Posto e, realizam exames no centro de Palhoça e de Florianópolis. Seu Antenor procura atendimento médico quando necessita, já D. Soraia costuma procurar atendimento preventivo em saúde: *De vez em quando eu vou. Quando a gente precisa tem que procurar o Posto. (...) O meu marido usa. No médico. As vezes eles mandam marcar..., pegar o remédio. às vezes mandam marcar uns exames. (...) A Inês (filha) também usou. O guri não. (...) A Inês (filha) tem ferida no útero e está tratando. (...) O meu guri tem dor de ouvido. Ele nunca foi no médico por causa da dor de ouvido. Sempre fui na farmácia, nesses lugares com ele. Tem um farmacêutico muito bom. Daí ele deu umas gotinhas.(...) É agora não está dando mais. Ele deu mais quando era pequenininho. Agora, hoje em dia, não deu mais nele.*

Família Tocando a vida apesar da dor - Constituída pela mãe (D. Marta), o esposo, os filhos (21 e 16 anos) e a filha de 15 anos. D. Marta estudou até o 4ª ano do ensino fundamental, o marido fez até a 2ª série também do ensino fundamental, o filho mais velho concluiu o ensino médio, a filha estava prestes a concluir o ensino fundamental (aluna da 8ª série) e o filho do meio cursava a 6ª série. Sobre o marido, D. Marta refere: *Ele trabalha, mas está se judiando muito. Muito serviço pesado, pedreiro. Ele não pode. O médico disse pra fazer pouca força. A pessoa tem que trabalhar, tem que sobreviver, né? Não é fácil não. Eu tenho que fazer faxina para ajudar ele. (...) O remédio dele do coração é muito caro. Só uma caixinha com 5 é 75 reais. Ele tomava 4 comprimidos por dia. E um é para afinar o sangue e tinha mais dois tipos que eu não lembro mais. (...) Desde que começou o tratamento médico que está tomando. Mas agora ele parou. Porque ele tinha remédio para comprar que era muito caro. Aí não sobra dinheiro pra comprar. Ele nem tá tomando mais. Um tempo atrás ele ficou ruim, daí começou com aquilo dentro de casa, aquela crise*

*forte nele. (...) Mas agora não quer mais ir pro médico. Se é pra morrer, ele disse que quer morrer assim. Ele está sofrendo muito. Ele tem retorno para voltar. Tem que se cuidar. Eu também relaxei um pouco. Quando o médico do Posto voltar, eu quero me cuidar. Depois, quando a pessoa pega uma doença, daí é pior.*

D. Marta relatou que tinha um histórico não muito agradável em relação a consultas médicas, pois há cerca de oito anos foi acometida por fortes cólicas e procurou várias médicos em instituições públicas e particulares. Fez vários exames e "ninguém falava o que eu tinha"(sic). Foi aí que relaxou e aprendeu a conviver com a dor, tomando comprimidos que a aliviavam. *Daí eu tomo de manhã. Algumas vezes eu estou trabalhando com dor forte. Algumas vezes, eu tomo remédio e vou pra cama. Daí adianta um pouco. E quando me dá aquela dor muito forte, eu fico com raiva, aí descarrego nos meus filhos e no meu marido.*

Na época da realização da entrevista, D. Marta estava com vontade de retornar a procurar o médico do Posto, como apareceu no depoimento acima.

Essa família apresentou uma característica bem marcante em relação às outras entrevistadas, pois todos os seus cinco membros tinham algum problema de saúde. O filho mais velho apresentou uma espécie de alergia a produtos químicos nas mãos, que fazia com que as mesmas rachassem e o obrigou a mudar de setor no supermercado que trabalhava há dois anos. O filho do meio (com 16 anos) recebeu um diagnóstico de sopro no coração e problema de visão e, a filha mais nova tinha crises de enxaqueca e de cólicas menstruais.

Família Não queremos fazer dieta - D. Rose (52 anos) é casada e tem dois filhos (32 e 30 anos), casados; o mais novo reside com a esposa e a filha de quatro anos numa casa no mesmo terreno dos pais. Tanto D. Rose como seu esposo (53 anos) são naturais de Palhoça, possuem a mesma escolaridade (4ª série do ensino fundamental). Ela é dona de casa, ele, pedreiro e os filhos trabalham no comércio. A família reside há 17 anos no bairro. Quanto à frequência ao Posto de Saúde ela, o filho, a nora e a neta utilizam o Posto, ao passo que (...) *o marido, pra falar a verdade, acho que ele nunca teve. Porque pra ir ao médico pra ele meu Deus do céu. É um trabalho.*

D. Rose estava com colesterol e pressão altos e tinha sido orientada pelo médico a fazer dieta e exercício físico regularmente. *Porque ele (o médico) falou assim pra mim*

*fazer a dieta e conversou comigo. Pra fazer a dieta direito. Eu podia, tinha o remédio, é cento e cinquenta reais ou duzentos, por que o SUS não fornece. Então a dieta só podia comer grelhado e verde. Senão eu podia dar um enfarte, e eu ficar na cama consciente que eu quis aquilo ali. Eu sei que ele está certo. Eu não quis a dieta. Não fiz a dieta. Não fiz o tratamento com o remédio. Aí com certeza ele quis me alertar de alguma coisa. Aí eu fiquei meio assustada. Meu Deus, como é que eu vou fazer a dieta. Por que depois de comer que eu lembro, comi isso, comi aquilo. (...) Eu falei pra ele (o médico) que gostava de uma beterraba, cenoura, mas eu tenho que botar Hellman's. Ele disse, mas mulher, filha de Deus, mas é gordura pura! Aí eu nem comprei mais.*

No período da entrevista, o filho mais novo de D. Rose se recuperava de um quadro depressivo que o acometeu há alguns meses.

Família E assim vai a vida ... - D. Vida é uma senhora de 93 anos, natural de Biguaçu, reside há 88 anos no Bairro, é viúva e mãe de dez filhos (todos casados). Ela mora sozinha, acompanhada por uma secretária que lhe faz o serviço doméstico e pernoita na casa. Tem como vizinho dois de seus filhos, mas prefere morar em casas separada: *Moro sozinha. Tenho uma empregada que trabalha a tarde e a noite, dorme comigo. Eu não quis morar com filho, não por orgulho, mas 'cada macaco no seu galho'. Aqui eu mando, eu não peço. Na casa dos meus filhos tem as noras e os genros, eu tive só dois genros - um morreu e o outro é separado. Então eu estou na minha casa, recebo que eu quero, ofereço o que eu tenho. Gosto muito de visita, quando aparece na minha casa. Gosto de conversar, bater papo, contar histórias antiga pros outros. E assim vai a vida.*

D. Vida aprendeu a ler, mas não a escrever, trabalhou muito tempo na roça e em casa. Hoje, por ordens médicas (apresenta pressão alta e reumatismo) não pode fazer serviços forçados. *Eu ainda faço a minha comida, mas também daqui a pouco eu tenho que parar, por causa da perna. Eu mesmo que quis fazer a comida. Eu quis tentar. Já faz dois meses que estou fazendo. Mas é que me custa agora, eu tenho muita dor na perna.*

Família Domingo é dia de descanso - Residem na casa com D. Alda (48 anos) o esposo (49 anos), um cunhado dela (irmão do esposo), a filha (19 anos), que estava grávida, e o genro; a filha mais velha (27 anos) é casada e mora em outro endereço. Esta última, e os pais, são

pequenos agricultores (plantação de tomate) e estudaram até a 4ª série do ensino fundamental. A filha mais nova cuidava dos afazeres domésticos e havia concluído o ensino médio. A família reside no bairro há 12 anos. D. Alda é natural de Angelina/SC e o esposo de Águas Mornas. Segundo D. Alda, a família só procura atendimento em caso de doença: *Assim a gente não vai ocupar o posto. Só quando precisa, no caso de doença.*

No período da entrevista, ela estava fazendo tratamento para hipertensão arterial e a filha estava fazendo acompanhamento pré-natal com a ginecologista do posto (que não é parte da equipe de saúde da família). O marido tinha problemas respiratórios (asma e bronquite), mas apesar da enfermidade trabalhava na lavoura, plantando, aplicando veneno, colhendo, ensacando o produto. Quando não estava se sentindo muito bem, fazia nebulização, com o aparelho que tem em casa.

Família Sempre plantando - Esta família é proveniente de Santa Isabel, distrito de Águas Mornas/SC e reside no bairro há 20 anos. A esposa (D. Nara) tem 60 anos, fez até a 2ª série do ensino fundamental e é agricultora aposentada. O esposo (Sr. Arno) tem 64 anos, também é agricultor aposentado e estudou até a 3ª série do ensino fundamental. O casal tem dois filhos, um com 39 anos e outra com 37 anos, ambos casados; eles não residem com os pais. D. Nara já foi submetida a sete cirurgias (cinco de hérnia) e faz tratamento para controle da pressão alta, triglicerídeos, colesterol e diabetes. O Sr. Arno tem hipertensão arterial. Aos oito anos de idade a filha do casal teve febre reumática e durante quatro anos foi tratada no Hospital Infantil.

Eles estão casados há quarenta anos, casaram-se num dia quente de março de 1962, na Igreja Luterana e acham que as coisas naquela época eram mais fáceis. *Pra nós lá o colono, ele vivia bem. Hoje em dia, o colono não dá mais pra plantar lá na serra. É muita despesa. O adubo, tudo tão caro. A maioria lá. Daí eles nem plantam mais.(...) Naquela época, essas coisa que a gente comia, era mais saudável. Hoje em dia, tudo o que a gente compra tem muito agrotóxico, acho eu (...)* Agora o negócio de saúde era mais difícil naquela época(...), para ir para o Hospital Infantil ia de manhã e voltava só a noite, por causa do horário dos ônibus, por exemplo.

Família Queremos Informação - Participaram da entrevistas duas mulheres (D. Clara) e (D. Vânia), cujos maridos eram irmãos. D. Clara (31 anos), natural de Urubici/SC, estava residindo no bairro há um ano e meio, com o marido (32 anos) e a filha de 06 meses. Ele, natural de Palhoça, trabalhava como construtor autônomo e havia concluído o ensino médio. Ela não estava desempenhando atividade profissional remunerada, seu grau de escolaridade era o ensino médio, havia frequentado o curso de auxiliar de enfermagem, mas não chegou a terminá-lo: *Não gostei de enfermagem. A gente só vê no estágio. Não, é que a gente fica muito deprimida com as pessoas. Eu ficava muito triste assim com os doentes. A minha mãe também tinha falecido, quando eu estava fazendo o estágio. Daí, tudo lembrava. Às vezes via alguém que tinha câncer, já ficava pensando. Ficava com pena da pessoa. A minha irmã também queimou a mão, daí, como era pago, daí eu não tinha condições, daí parei. Faltam duas matérias pra terminar. Mas a hora que eu quiser é só voltar e terminar.* Após essa experiência, ela descobriu um nódulo no seio e "invocou" (sic) que fosse câncer. Procurou a sua unidade básica de saúde para uma consulta médica, na qual foi constatada a presença do nódulo e solicitado exame: *peguei e paguei particular e descobri que era um cisto. Senão iria demorar um tempão para marcar uma mamografia.*

D. Clara fez o acompanhamento pré-natal no Centro de Saúde do Médio Aririú e a sua filha usa sempre o Posto. *Todo mês ela tem consulta. Ela tem acompanhamento, todo mês eu levo ela. O peso está certo. (...) Eu consigo (marcar consulta), mas acho que é sorte. Porque a minha cunhada não conseguiu né? Porque tem que passar primeiro pela enfermeira. Agora se a tua filha está ruim, a enfermeira vai entender o que ela tem?*

D. Vânia e o seu esposo, estavam com 36 anos, ambos eram provenientes do município de Palhoça, residiam no bairro há 14 anos e tinham dois filhos (10 e 5 anos). Ele trabalhava como funcionário público municipal, ela havia concluído o ensino fundamental. No momento, não estava exercendo atividade remunerada fora de casa, apenas cuidava de uma sobrinha (10 meses) para que a mãe da criança (irmã do marido dela) pudesse trabalhar.

Família Raízes no Aririú - D. Beatriz é natural de Palhoça, estava com 46 anos, atuava como professora de artes numa das escolas estaduais da região, possuía duas formações universitárias (Pedagogia e Artes Plásticas) e cursava uma pós-graduação. Estava separada

e morava com o filho de 18 anos, estudante. Também tinha um filho de 28 e uma filha de 25 anos casados, que residiam em outro município catarinense. D. Beatriz tinha um histórico de envolvimento com atividades voluntárias e sociais, sendo que um dos seus projetos, no período da entrevista, era conseguir uma ambulância 24 horas para o posto de saúde, pois para ela: (...) *Não importa que você esteja numa comunidade, não importa se você plante milho ou se você seja um advogado, mas você tem que batalhar por ela. A partir do momento que você começa a olhar pro lugar onde você vive, como se não fosse teu, então, não vale nem a pena você estar ali.*

D. Beatriz começou a freqüentar o Posto de Saúde após um estado depressivo e foi atendida pela médica da equipe de saúde da família que trabalhava no bairro naquela ocasião. Tanto ela como o filho possuíam convênio de saúde (Unisanta).

Família Tem que lutar na lavoura pra sobreviver - A família é proveniente de São Bonifácio/SC e está residindo há 21 anos no Aririú. A matriarca da família (D. Itamara) estava com 65 anos, viúva, tinha estudado até a 4ª série do ensino fundamental (consegue ler e escrever soletrando as palavras), e, ainda trabalhava na lavoura, mesmo recebendo aposentadoria: *Trabalho! E se for fazer serviço a única coisa eu não carrego mais o peso demais. Mas se ele disser assim, tu tem que levantar aqueles cinqüenta sacos ou cinqüenta quilos ou um saco de adubo, botar nas costas, se não tem quem leva pra mim, eu levo. Porque eu não sou assim de jogar o serviço. Eu pra trabalhar, toda vida trabalhei. (...) Fui mulher de trabalhar em tudo quanto é serviço. Eu não escolhia serviço. Serviço de derrubar capoeira ou no machado, serviço eu nunca escolhi.*

D. Itamara teve sete filhos: três mulheres (duas falecidas) e quatro homens (um falecido). Seus filhos são casados e residem em outros bairros do município de Palhoça e em outro município catarinense. Morava com D. Itamara a filha de 36 anos, o genro e os dois netos (12 e 5 anos); o neto mais velho apresentava problemas cardíacos (sopro). A filha (Ronilda) e o genro também trabalhavam na lavoura. D. Ronilda, como a mãe, havia estudado até a 4ª série do ensino fundamental, e seu até a 5ª série; apesar da escolaridade, ambos não conseguiam ler.

Quanto à sua saúde D. Itamara diz: *O pior que a gente tem muito é diabete. É assim eu não posso reclamar. Tenho diabete, tenho pressão alta. (...) Mas por causa da minha*

*doença eu nunca deixei de trabalhar (...) Olha, me acho assim de saúde, porque diabete é uma doença que todo mundo tem. Também não mata ninguém se a gente se cuidar. (...) Se a gente cuida um pouquinho que ela não domina a gente, se a gente cuidar um pouco, não deixar assim. Acho eu. Não sei se eu tô achando certo. (...) Eu não como muita doçura. Doçura, eu não sou de doçura. Eu nunca cuidei em comida. Gordura, eu nunca podia ver carne de porco, a carne gorda, eu gostava de comer, larguei. O pão também larguei. (...) Eu larguei mesmo pra mim sozinha. Às vezes eu vou no médico, tem deixar de comer, eu disse não, o que eu gosto, eu como. Só não como gordura e essas coisas já deixei muito, porque eu sei que é pro bem da gente.*

D. Itamara era a responsável pela marcação e pelo acompanhamento do atendimento médico dos membros da família (da filha e dos netos), quando necessário.

Família Tem que ter amor à profissão - O esposo de D. Almira estava com 57 anos. Proveniente de Evaiporã/PR, ele trabalhava como pedreiro. D. Almira estava com 51 anos, era dona de casa e sofria de hipertensão arterial. Natural de Campos Novos/SC, ainda pequena foi morar no Paraná. O casal está casado há 30 anos e, quando o primeiro filho (há 28 anos) nasceu, mudou-se para o Mato Grosso, onde tiveram mais duas filhas, hoje com 26 e 22 anos. Há 15 anos, a família veio para o Aririú: *Desde que nos mudamos aqui, que já tem quinze anos, a gente sempre foi atendido no posto aqui, o fichário lá, o prontuário família, nós fomos o trinta e cinco. E uma época ele trabalhou até bem, quando a M. tava na direção do posto, assim foi trabalhado: quem pudesse ajudar, ajudava. A gente foi bem atendido. Aí teve uma época que a M. foi transferida pra Barra, então eu passei uma boa época que a gente não fomos mais lá. Aí então era assim o Regional (hospital) ou o INPS lá embaixo. Que nós já tínhamos o médico, que as meninas precisaram de neuro\*, então a M. já marcou, então passei acho que o quê, uns quatro anos que a gente só, o médico dava retorno. A gente já não usava o Posto daqui, a gente utilizou menos o Posto. Agora, de um tempo pra cá, a gente tá de novo, estamos atendendo de novo. (...) Aqui nós, é todo. As filhas, marido. A gente sempre temos o convênio, eu tenho convênio, mas eu, a gente prefere ainda o posto de saúde. No que eles nos atendem, só num caso de uma pressão muito séria, que tem que ser rápido, daí então, a gente pega, usa o convênio para ser mais rápido. Mas sempre levando no posto, pro médico do posto dá o diagnóstico que a gente*

*faz. (\* as filhas de D. Almira sofrem de distúrbios mentais e de humor, recebem acompanhamento médico e tomam medicação)*

Família Agregados - D. Doroti ( 64 anos) , professora aposentada, reside com o esposo (65 anos), lavrador aposentado, a irmã dela - solteira, portadora de doença mental (77 anos), com histórico de internações - e, dois netos, solteiros, de 21 e 19 anos. Dos cinco filhos vivos do casal (um faleceu após o nascimento), só o mais velho (40 anos) mora no município vizinho de Santo Amaro da Imperatriz, os demais (dois homens e duas mulheres, inclusive a mãe dos filhos que moram com D. Doroti) residem no Aririú. D. Doroti e seu esposo são provenientes de Palhoça, ela do bairro vizinho de Guarda do Cubatão e ele do próprio Aririú. Há 28 anos residem no mesmo endereço, onde plantam cana e têm criação de gado e frango.

Quanto à saúde, o esposo já passou por uma internação por problemas cardíacos e faz acompanhamento com médico especialista, também faz tratamento e toma medicação para a tireóide. D. Doroti submeteu-se a uma cirurgia de varizes no primeiro semestre de 2003, já sua irmã recebe acompanhamento, pois tem pressão alta. Tanto D. Doroti como o esposo utilizam o convênio do estado (Unisanta), pois *Eu trato ele (o marido) ali no C.\*, com o cardiologista. Porque tem acompanhamento certo. Consulto ali sempre. A irmã usa (o Posto), porque ela não tem convênio. (\* Clínica particular)*

Família Se tiver alguém doente, todos ficam abatidos - Família composta por D. Fátima (35 anos), seu esposo, o filho adolescente (15 anos) e as duas filhas (09 anos e 10 meses); todos os três nasceram prematuramente (os dois mais velhos com oito meses e a mais nova com seis meses e três semanas; esta última ficou 27 dias na incubadora e recebeu acompanhamento semanal da equipe de saúde da família). D. Fátima é natural do município catarinense de Águas Mornas, onde a família vivia de comércio dos legumes e hortaliças que plantavam. Seu esposo veio do Rio Grande do Norte para conhecê-la, já que a irmã dele era amiga dela.

D. Fátima é dona de casa e estudou até a 8ª série do ensino fundamental e veio de Angelina/SC, junto com a família, após o falecimento da mãe, há vinte e um anos atrás. Ela está casada há dezessete anos. Para D. Fátima a pessoa que tem saúde *é uma pessoa*



*feliz, quem tem saúde hoje em dia ... Que é difícil uma pessoa dizer, eu tenho a minha saúde toda (...) Eu acho que é uma pessoa que não tem problemas. Porque não existe, acho, aquela pessoa (com a saúde toda boa). E, para uma criança ser saudável ela precisa de muito carinho, cuidados, porque senão (...) ela fica doente. Porque acho que sente falta do pai, da mãe, de atenção. E, numa família se alguém estiver doente, acho que todos eles ficam abatidos, porque tem alguém doente dentro de casa.* A filha de nove anos tem bronquite, e é necessário recorrer a nebulização para ela melhorar.

Família Preocupa-nos o dia de amanhã - D. Ana (44 anos ) é casada com um homem também de 44 anos e tem um filho adotivo de 10 anos. Ela veio de Angelina (é irmã de D. Fátima) e morou na Ponte de Imaruim (município de Palhoça), onde trabalhava. Num baile conheceu o marido com quem está há 24 anos. Há cerca de 12 anos vieram morar na casa onde residem até os dias de hoje.

Ele teve problemas com bebida, deixou o vício há três anos, por conta de uma promessa que ela fez para Nossa Senhora de Aparecida. Quando o marido deixou de beber, ela passou por uma crise de depressão e iniciou tratamento medicamentoso. O filho tem bronquite e é acometido por fortes infecções de garganta, motivos que fazem D. Ana levá-lo com frequência para o Hospital Regional. *Levo no Regional. Daí ele ganha uma injeção de penicilina, já está acostumado. Qualquer coisa dá garganta, também bronquite, tudo ele tem. Daí ele ganha remédio lá. Se tu não tem condições de comprar, tu já ganha lá.*

A família estava passando por dificuldades financeiras; ela estava sem trabalhar, pois, além da depressão, queixava-se de problemas na coluna (bico de papagaio) e hérnia de disco e ele (motorista) estava desempregado e fazendo alguns "bicos" como servente de pedreiro. *E quando ele fica sem serviço, a gente fica mais doente, mais nervosa. A gente pensa: não, vai ficar atrasado aquela coisa, aquilo, tá faltando comida que, graças à Deus, até agora não faltou. A gente pensa que um dia pode faltar. Então quem tem depressão, fica pior. Que não pode se preocupar assim nas coisas, tem que se distrair. Pra ficar com saúde, como eles dizem tem que sair, conversar. (...)*

Graças às entrevistas, pude perceber que, apesar da aparente homogeneidade no que tange aos aspectos sociais e culturais, numa pequena amostragem (16 famílias) configurou-se uma ampla diversidade na estruturação e na configuração dos diferentes aspectos (escolaridade, religiosidade, situação profissional, tempo de residência no bairro,

enfermidades, entre outros) que compõem esse complexo e enredado sistema de relações da instituição familiar.

É importante ressaltar que muitas das informações colhidas dizem respeito apenas aos informantes (pessoas entrevistadas). E como uma dessas famílias tinha composição média de quatro pessoas (residentes na mesma na mesma casa ou no mesmo terreno, excluindo-se os membros residentes em outro endereço), o rol de informações sobre a maneira de ser e atuar de cada família seria consideravelmente ampliado se entrevistasse mais pessoas.

Desse modo, entendo que um dos grandes desafios das equipes de saúde da família (ESF) é o de trabalhar com grande diversidade cultural, que se configura na multiplicidade de valores, crenças e costumes construídos durante o processo de socialização de cada indivíduo nos seus grupos familiares e comunitários. O presente trabalho não se propôs a desvelar as diferenças, mas ao contrário, a descobrir, nas diferenças, as semelhanças na forma das famílias pensarem e falarem sobre suas experiências, frustrações, queixas, soluções no que tange ao Sistema Único e Público de Saúde.

O foco principal da pesquisa consistiu em identificar como esses distintos grupos familiares (que residiam no mesmo bairro) concebiam a saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Programa de Saúde da Família. Entender como as pessoas entrevistadas pensavam esses tópicos permitiu-me compreender um pouco sobre suas diferentes formas de resistir e de participar dessa nova estratégia de atenção básica em saúde.

## 1. PERCURSO METODOLÓGICO

*Caminhante, não há caminho, faz-se caminho ao andar.  
(Antonio Machado)*

### 1.1) O ponto de partida

Pesquisar é um processo contínuo, gradual e dialético, que envolve posicionamentos teóricos e políticos. Oliveira (2001, p.18) ao citar Wright Mills<sup>2</sup> (1982), remeteu-me a um importante aspecto da pesquisa, o que diz respeito às relações entre o tema eleito para pesquisa e a vida do pesquisador: *Os pensadores mais admiráveis - ensina o autor - não separam seu trabalho de suas vidas. Encaram ambos demasiado a sério para permitir tal dissociação, e desejam usar cada uma dessas coisas para o enriquecimento da outra.* Desse modo, Oliveira (ibidem, p. 19) defendeu que a harmonia entre pesquisa e biografia pode ser muito estimulante, *pois atribui vida ao estudo, retirando da produção intelectual poeiras de artificialismo que recobrem parte da pesquisa acadêmica.*

Para Maduro (1994: 27), as experiências pessoais e coletivas também influenciam significativamente na maneira de ler a realidade. Assim, escreveu:

*"Sugiro aqui que a vida, a experiência tanto individual quanto coletiva, molda nosso modo de ver a realidade, nossa idéia do que é ou não é conhecimento, do que é ou não é verdade: influi em que coisas - e pessoas! - vemos como importantes, sérias, centrais, belas, boas, justas, normais, apropriadas... ou justamente o contrário."*

Nesse sentido, a minha escolha do tema desta pesquisa teve como ponto de partida o estágio em psicologia com um grupo de mães de crianças que apresentavam problemas de desnutrição num bairro popular da grande Florianópolis; esse estágio ocorreu de meados de 1998 a dezembro do ano seguinte. Antes de dar início aos grupos, realizei, juntamente com minha colega de estágio, uma pesquisa no intuito de coletar dados estatísticos sobre a população a ser atendida e conhecer seu contexto social, cultural e econômico. A dita pesquisa consistiu em idas às casas de famílias cadastradas num programa que distribuía leite para as crianças desnutridas, financiado pela Secretaria Municipal de Saúde, para verificar, através de um questionário pré estabelecido, se as mães tinham interesse em participar de um grupo, semanalmente.

Graças a esta pesquisa, tive o meu primeiro contato com aquelas pessoas, em suas residências e pude vencer os desafios iniciais, como locomover-me e situar-me nas ruas de

um bairro até então desconhecido. Foi um grande aprendizado. Desse modo, a procura de uma casa ou a melhor forma de me relacionar com a família para a coleta de dados revelou-se uma experiência nova, estimulante e recompensadora para mim.

Terminado o estágio, fui contratada como profissional da Secretaria de Desenvolvimento Social de um município da grande Florianópolis. E pude, como observadora, acompanhar algumas assistentes sociais em visitas domiciliares; essas visitas abriram-me uma nova perspectiva de conversar, entender e trabalhar com essas famílias. Como educadora, inspirava-me o local diferenciado do contato estabelecido com estas e as novas e diversas possibilidades de atuação/intervenção profissional com o público visitado.

Estas experiências distintas nos objetivos e nas situações tinham como ponto convergente acontecerem num mesmo ambiente: o domicílio de uma família de baixa renda, uma situação valiosa para quem, como eu, desejava realizar um trabalho de pesquisa com as classes populares.

Para Frigotto (1994), quem conduz a investigação é o investigador, não os dados, sejam eles primários ou secundários. Desde o início, o investigador vai à realidade com uma postura teórica. A partir do levantamento do material da realidade que se está investigando, é preciso definir um método de organização para a análise e exposição. O método de análise consiste em discutir os conceitos, as categorias que permitem organizar os tópicos e as questões prioritárias e orientar a interpretação e a análise do material. A análise dos dados representa o esforço do investigador para estabelecer conexões, mediações e contradições dos fatos que constituem a realidade pesquisada. É na análise que se estabelecem as relações entre a parte e a totalidade.

Ao longo dos meses que antecederam a etapa da pesquisa propriamente dita - a coleta de dados, através das entrevistas com famílias atendidas pelo Programa de Saúde da Família - percorri várias trajetórias, umas mais fáceis, outras menos. Assim, pesquisei, li e dialoguei com alguns teóricos, até a pergunta de pesquisa revelar-se com clareza: De que modo as famílias perceberam e participaram da implantação do Programa de Saúde da Família em sua comunidade?

---

<sup>2</sup> WRIGHT MILLS, Charles. A imaginação sociológica. Tradução de W. Dutra. 6ª ed. RJ: Zahar, 1982, p. 135

Esta pergunta levou-me ao bairro no município de Palhoça (SC), para investigar dezesseis famílias atendidas por uma das duas equipes de saúde da família (ESF) que atuavam naquela localidade.

## **1.2) O trajeto**

Passada essa primeira etapa de gestação da idéia, a segunda parecia relativamente mais fácil: encontrar um local para proceder a investigação. Pensei em realizar a pesquisa no município de Florianópolis, capital do Estado e sede da Universidade Federal de Santa Catarina.

Então, com o projeto em mãos, fiz um segundo contato com a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis<sup>3</sup>, e solicitei autorização para iniciar uma ida mais efetiva a campo. Após um período espera, a então diretora do Departamento de Saúde Pública da Secretaria informou-me que o Projeto de Pesquisa - então intitulado "As famílias produzem saúde: O Programa de Saúde da Família em Florianópolis" - não havia sido sancionado, pois propunha que eu acompanhasse o trabalho do agente comunitário nas casas das famílias por eles atendidas. A diretora argumentou que isso vincularia minha pessoa ao Posto de Saúde e isto comprometeria a realização do trabalho.

Com a negativa da Secretaria, parti em busca de novos contatos que pudessem apoiar o desenvolvimento do projeto ainda nos bairros visitados. E mantive novos contatos com as coordenações de dois Centros de Saúde (CS) anteriormente visitados.

A receptividade por parte das enfermeiras (coordenadoras do Centro de Saúde) foi sempre muito boa. Colocadas a par da decisão da Secretaria, tanto a enfermeira que coordenava o CS da Vila Aparecida quanto a que estava a frente do CS da Tapera, forneceram números telefônicos e marcaram encontros com lideranças comunitárias que pudessem apoiar o trabalho.

Meu desencontro da coordenadora da Pastoral da Criança no CS da Vila Aparecida, tornou inviável realizar o trabalho nessa comunidade.

---

<sup>3</sup> Graças ao primeiro contato pude dispor de informações importantes, como o processo de implantação do Programa de Saúde da Família no município. De posse desses dados e autorizada pela representante da Secretaria, visitei os quatro Centros de Saúde nos quais foram implantadas as primeiras equipes do PSF no município de Florianópolis. A saber: Centro de Saúde (CS) Vila Aparecida, CS Monte Cristo; CS Tapera e CS Ingleses; selecionei os três primeiros como possíveis locais para o desenvolvimento da pesquisa.

Num rápido contato comigo, um representante da Associação de Moradores do Bairro Tapera prontificou-se a ajudar. Citou nomes de pessoas que poderiam auxiliar e ficou de levar meu interesse ao restante da diretoria. Entretanto, alguns dias depois, por telefone, o presidente da Associação disse-me que a associação não tinha interesse num tipo de trabalho que não pudesse dar um retorno direto à comunidade; pois *para achar problemas já tinha muita gente, precisamos de alguém que nos aponte soluções*. (sic)

Assim, decidi procurar outros municípios da região. Marquei um encontro com a então diretora de saúde pública da Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social de Palhoça. Nesse encontro, essa profissional compartilhou algumas informações sobre a implantação do Programa de Saúde da Família no município de Palhoça, bem como recomendou a leitura de sua monografia (TCC de especialização). E sugeriu-me que eu pesquisasse dois postos de saúde, localizados, respectivamente, no Médio e no Alto Aririú; estes postos tinham muitos contrastes e não se situavam muito longe da minha residência.

Marquei, então, por telefone, um encontro com a coordenadora do CS do Médio Aririú. Nessa ocasião, em conversa com a coordenadora do Centro de Saúde e com a enfermeira - coordenadora de uma das equipes de PSF - tive acesso a algumas informações sobre o Posto e o bairro. Assim, em virtude da configuração desse bairro - área comercial, área mais rural, ruas calçadas e ruas sem calçamento, população de baixa e média rendas, pequenas disparidades sócio-econômicas, ausência de bolsões de miséria, adequada infraestrutura urbana (iluminação, escolas, creches públicas), a sua localização privilegiada (próximo à sede do município) e fácil acesso por transporte coletivo e, principalmente, por estarem as equipes de saúde da família atuando na região - há um ano, escolhi essa comunidade para a realização da pesquisa com as famílias.

### **1.3) Os Parceiros de Jornada**

Num encontro com o Secretário de Saúde do município de Palhoça<sup>4</sup>, após breve exposição sobre os objetivos, a temática e a metodologia desse trabalho de pesquisa, o secretário de saúde concedeu-me autorização para dar continuidade ao trabalho, não impôs nenhum obstáculo. Com a autorização do secretário, pude dar entrada da documentação no

---

<sup>4</sup> A pesquisadora não teve a oportunidade de ser recebida pessoalmente pelo secretário de Saúde de município de Florianópolis, pois seu contato nessa secretaria deu-se com a diretora do Setor de Saúde Pública

Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina e esperar o deferimento do projeto.

O passo seguinte foi retomar à conversa com a coordenadora do posto e as enfermeiras coordenadoras da equipe e solicitar-lhes permissão para acompanhar os agentes comunitários. Os primeiros contatos com os agentes de saúde foram intermediados pelas coordenadoras da equipe, as quais sugeriram nomes e procederam às apresentações. Como pesquisadora, tive o cuidado de solicitar a permissão dos agentes para acompanhá-los em seu trabalho.

Neste Posto de Saúde alguns agentes estavam começando a trabalhar em dupla, isto é, embora cada um tivesse uma área sobre sua responsabilidade, os dois realizavam as visitas conjuntamente.

No período que se seguiu, em algumas saídas, acompanhei os agentes comunitários de saúde das duas equipes.

Desse modo, realizei a primeira saída de campo com uma dupla de agentes comunitários e, em pouco mais de uma hora, visitamos cerca de vinte residências, não chegando a ultrapassar o portão de muitas destas.

A forma de abordagem dessa dupla de agentes era basicamente a seguinte: apresentava-me<sup>5</sup> e perguntava sobre a saúde da família. Se tudo ia bem, ambos os agentes solicitavam que algum membro da família assinasse os cadernos (distribuídos pelas coordenadoras das equipes e vistoriados durante as reuniões com os agentes de saúde), uma comprovação de que haviam passado naquela casa. Ao final, a dupla despedia-se e combinava retornar no próximo mês.

Na segunda saída com essa dupla, fomos para a área sobre a responsabilidade da agente menos experiente, há três meses na equipe. À diferença da vez anterior, era ela quem falava e nos apresentava. Após um certo número de visitas, os agentes disseram-me que não poderiam mais prosseguir com as visitas nessa tarde para não ultrapassarem suas cotas diárias. Sugeriram-me acompanhar uma colega deles, e se prontificaram a me acompanhar até a casa dela para que pudéssemos conversar e combinar uma nova saída de campo.

---

<sup>5</sup> A meu pedido, em todas as visitas acompanhadas por mim, as/os agentes apresentavam-me como estudante que estava realizando uma pesquisa sobre o PSF implantado no posto de saúde.

Numa outra tarde acompanhei essa agente em suas visitas. Inicialmente, ela me falou de sua falta de experiência e de que não conhecia ainda todas as famílias, pois trabalhava na área havia pouco mais de três meses e estava cadastrando<sup>6</sup> alguns domicílios.

Diferentemente das primeiras visitas, a saída com essa agente encantou-me, pois ela entrou em algumas casas e se envolveu mais com as pessoas que atendia, pessoas que se queixaram do médico da equipe, e disseram preferir o médico anterior (que dava receita sem questionar muito), entre outras demandas. Em algumas situações, pude intervir não somente como espectadora, mas como participante da cena, e assim tive uma nova experiência como pesquisadora.

Continuando essa etapa de reconhecimento da área e apresentação às famílias, combinei sair com uma dupla de agentes que atuava na outra equipe de saúde da família. As duas agentes explicaram que, em virtude de algumas áreas ainda não disporem de agente de saúde, a coordenadora de sua equipe lhes pediu preenchessem os cadastros nessas áreas.

Sáímos por duas tardes. Na primeira, choveu torrencialmente, quando estávamos cadastrando a quarta família; isto o que inviabilizou a continuidade do trabalho. Na outra tarde, como as agentes ainda estavam cadastrando uma outra área, visitamos apenas três residências.

Após esse período de observação e reconhecimento, da área e das famílias, defini como critério aleatório para a escolha das famílias a serem entrevistadas, o número do cadastro familiar apresentado por uma das ACS que acompanhei. Assim, solicitei a ela me apresentasse a famílias cujos cadastros eram múltiplos de cinco, a fim de que, num outro momento, eu pudesse marcar um encontro e realizar a entrevista.

Até esse ponto, apenas apresentei os preâmbulos da pesquisa, ou, mais precisamente, a parte da observação: as idas ao posto de saúde, as conversas informais com a coordenadora do posto e as enfermeiras e coordenadoras das equipes de saúde da família e o acompanhamento dos agentes comunitários de saúde em suas visitas. Por esse motivo,

---

<sup>6</sup> O cadastramento é uma exigência do Ministério da Saúde para o município continuar a receber a verba pelo atendimento à família, bem como para providenciar a informatização do serviço e a distribuição do cartão do SUS. Cabe ao Agente Comunitário de Saúde fazer o cadastramento, através de um documento padrão vindo do Ministério, as famílias de sua microárea.



decidi escrever um texto descrevendo para relatar acontecimentos, olhares, fatos, impressões, obstáculos e sentimentos pessoais desse meu caminho de pesquisa.

Fui a campo com um mapa e uma bússola (a pergunta de pesquisa, os referenciais teóricos) que me possibilitaram percorrer diversas trilhas, umas mais íngrimes, outras mais fáceis. Ao final desse caminho, deparei-me com um novo trajeto a ser percorrido. A saber, a escolha das famílias e a realização das entrevistas. Muitos receios, medos e dúvidas povoavam a minha mente. Como serei recebida? Como aproximar-me das pessoas para conquistar-lhes a confiança e garantir respostas sinceras? E se eu cometesse equívocos, como corrigi-los? Como garantir que eu não manipularia os dados? Nesse momento, tiveram muita importância, meus orientadores, cujas palavras me deram apoio, segurança e confiança para continuar a jornada.

## **1.4) O contexto**

### **1.4.1) O município catarinense de Palhoça**



**Centro do município, com a Igreja Matriz Bom Jesus de Nazaré e, ao lado, o prédio da Prefeitura Municipal de Palhoça /SC<sup>7</sup>,**

De acordo com Siqueira e outros (2000), Palhoça foi fundada no dia 31 de julho de 1793. Cem anos depois (1873), o senhor João Alberto de Miranda Mattos, Governador da Província, solicitou ao Vice-Rei que elevasse o senhor Caetano Silveira de Mattos ao posto

---

<sup>7</sup> Imagem retirada do Trabalho de Conclusão de Curso de Hellen Schmitt, p. 16. Outros registros fotográficos do bairro e do posto estão nos anexos ( item 6.3)

de Capitão da Infantaria, pois o mesmo havia construído no Sertão da Terra Firme uma "Palhoça" (casa de palha) para comércio, uma parada necessária para tropeiros e viajantes no caminho de Lages.<sup>8</sup>

No ano de 1882, o arraial de Palhoça deixou de ser Distrito Policial e tornou-se Freguesia. Emancipou-se do município de São José da Terra Firme em 1894, num processo bastante polêmico, pois *ora se desmembrava, ora voltava a pertencer a São José* (p. 215).

De seu território original (3.180 quilômetros quadrados), segundo Siqueira entre outros (2000), foram desmembrados os municípios de Santo Amaro da Imperatriz, Águas Mornas, Paulo Lopes, Garopaba, São Bonifácio, Rancho Queimado e Anitápolis. Atualmente, o município de Palhoça possui 325,5 quilômetros quadrados de extensão territorial e faz divisa, ao norte, com o município de São José, ao sul, com Paulo Lopes, a oeste, com Santo Amaro da Imperatriz e, a leste, com o Oceano Atlântico. No fim do ano de 1999, uma nova divisão territorial com o município vizinho de São José, resultou na anexação ao município de Palhoça de uma área conhecida como Frei Damião (nas imediações do bairro Brejaru).

Palhoça possui (oficialmente) dois distritos (Sede e Enseada do Brito), um bairro (Ponte do Imaruim) e várias localidades (Aririú, Cova Funda, Guarda do Cubatão, Guarda do Embaú, Passagem do Massiambu, Passavinte, Pedra Branca, Pinheira, entre outros).

Segundo Silveira (2000), o clima de Palhoça é úmido e, no relevo do município encontram-se duas serras catarinenses: a Serra do Leste e a Serra do Mar. A cidade situa-se três metros acima do nível do mar. Banhado por um grande número de rios e pelo Atlântico, o município possui oito praias, algumas conhecidas nacionalmente, graças às suas beleza e peculiaridade, tais como: Guarda do Embaú, Praia do Sonho e da Pinheira.

Para Siqueira et alli (2000) na formação étnica da cidade se incluíam pessoas de origem alemã, italiana, portuguesa, açoriana e, em menor proporção, negros, libaneses, gregos, índios (guaranis, principalmente), entre outros. Segundo os dados do censo do IBGE, divulgados em 2001, a população do município alcançava 102.286 habitantes, com uma densidade demográfica de 317,7 habitantes por quilômetro quadrado.

---

<sup>8</sup> De acordo com Siqueira e outros (2000: 214-5), há outra versão para a origem do nome do município. Segundo moradores antigos, seus antepassados contavam que por toda a beira-mar havia um grande número de choupanas com cobertura de palha, as quais serviam tanto de moradia para os pescadores quanto de local para guardar barcos.

A taxa de alfabetização apresentava-se em torno de oitenta e seis por cento e a taxa de evasão escolar de treze por cento. Como causa para estes altos números, Silveira (2000) apontava a carência sócio-econômica, o desemprego dos pais, as constantes migrações das famílias, o desajuste na estrutura familiar e o baixo salário dos educadores.

Hoje, de acordo com o site [www.palhoca.sc.gov.br](http://www.palhoca.sc.gov.br), Palhoça é um município turístico, com diversas opções de lazer, tais como: praias, parques ecológicos, pousadas, morros e restaurantes. O Morro do Cambirela, com 1043m., um dos desníveis mais altos de Santa Catarina, é um importante cartão-postal do município, que abriga também um dos maiores mangues de toda a América do Sul. Quase 70% da área de Palhoça é de Mata Atlântica e, se inclui no Parque Estadual da Serra do Tabuleiro.

De acordo com Silveira (2000), o perfil econômico do município passou por uma grande transformação, num curto período de duas décadas, em virtude do rápido crescimento do setor secundário e da redução de atividades de produção primária (como a agricultura e a pesca). Por estar próxima de Florianópolis - capital do Estado, Palhoça continua com características de cidade dormitório.

Schmitt (2001), apresentou um trecho do relatório da Federação da Indústria e Comércio de Santa Catarina - FIESC, do ano de 1995.

*Em apenas duas décadas, a cidade mudou completamente o seu perfil econômico. Até o começo dos anos 70, o IBGE, calculava que 69% dos habitantes moravam no campo e o município vivia da produção primária. Hoje, só 4% continuam vivendo na zona rural e a cidade é agora um importante pólo comercial e industrial da região. A indústria de transformação emprega 4 vezes mais do que empregava nos anos 70 e o comércio cresceu ainda mais: está 5,5 vezes maior do que naquela época. (p.18)*

De acordo com Silveira (2000), o município vem sofrendo rápido processo de degradação ambiental em virtude da invasão e da ocupação desenfreadas de áreas de preservação ambiental, e das utilização e exploração, indiscriminadas, dos recursos naturais e da deficiência de saneamento básico. O desemprego, as enchentes, a inadimplência do pagamento dos impostos e o crescimento demográfico desordenado são, segundo este autor, alguns dos maiores problemas urbanos. A Secretaria de Desenvolvimento Social apresentou, ainda de acordo com Silveira, além destes, a drogadição, o aumento da criminalidade, a falta de planejamento urbano e a pobreza como os principais problemas sociais do município.

No ano de 2001, de acordo com Schmitt (ibem), a rede pública de atendimento em saúde de Palhoça era coordenada pela Secretaria de Saúde e Desenvolvimento Social e tinha como órgão consultivo e deliberativo o Conselho Municipal de Saúde. Dos 276 funcionários do quadro de pessoal, 236 eram servidores municipais (regime estatutário) e 42 eram funcionários cedidos pelos governos estadual ou federal.<sup>9</sup> Assim, a rede de Atenção Básica do referido município era constituída das seguintes unidades: CS II Centro; CS II Ponte de Imaruim; CS I Barra do Aririú; CSI Guarda do Cubatão, CSI Aririú, CSI São Sebastião, CSI Brejarú; CSI Enseada do Brito; CSI Passagem do Massiambu; CSI Bela Vista e CSI Pinheira; essas unidades recebiam classificação I e II de acordo com a complexidade dos atendimentos realizados. Em 2002 foram construídos os centros de saúde do Cambirela, do Passavinte e do Alto Aririú para a instalação das equipes de saúde da família, segundo relato verbal da diretora de saúde pública do município.

Ainda segundo Schmitt (ibidem: 21), o município dispunha de programas básicos de saúde como o de hipertensão arterial e diabetes, prevenção do câncer de colo de útero e do câncer de mama, sistema de vigilância alimentar e nutricional, incentivo ao combate às carências nutricionais, programa nacional de imunização, programa de DST/HIV/AIDS, atendimento básico de enfermagem, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, programa de tuberculose e hanseníase, consultas médicas básicas e de algumas especialidades, saúde mental. Dispunha ainda de dois laboratórios de análises clínicas municipais e mantinha convênio com outros três laboratórios particulares para atendimento.

Schmitt (2001: 22) também citou que, segundo a Consulta Pública nº 1 (Ministério da Saúde, 2000), a rede pública de Palhoça apresentou defasagem de 17 profissionais médicos, 20 enfermeiros, psicólogos, dentistas, nutricionistas, profissionais nível médio. Não havia fonoaudiólogos, além de serviços que deveriam ser oferecidos e que não foram sequer montados. Os onze prédios públicos destinados ao atendimento em saúde mostraram-se insuficientes, e os postos existentes necessitavam de reformas imprescindíveis.

De acordo com o Sistema de Informações da Atenção Básica em Saúde (SIAB), no site do Ministério da Saúde ([www. saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)), em julho de 2003 havia 1776 casos

---

<sup>9</sup> De acordo com dados do último censo do IBGE ([www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)), Palhoça não dispunha de leitos hospitalares, nem hospital. Desse modo, como apontou Siqueira e outros (2000: 219), *a população da cidade quando há necessidade de internamento hospitalar o faz no Regional de São José, ou em qualquer outro de Florianópolis.*

cadastrados diabetes e 1561 estavam sendo acompanhados; 5347 hipertensos cadastrados, 4594 estavam recebendo acompanhamento; de 14 casos de tuberculose e 08 de hanseníase cadastrados, respectivamente 12 e 08 estavam sendo acompanhados. Das 442 gestantes cadastradas, 421 estavam recebendo acompanhamento. Quanto à infância, dos 1150 bebês (até um ano de idade), 18 apresentaram quadros de desnutrição, e das 1344 crianças de 12 a 23 meses, 12 estavam desnutridas. Nesse período (julho de 2003) não houve registro de óbito de bebês (até um ano) por diarreia ou IRA. Os dois casos registrados foram por outras causas. Houve dois óbitos femininos na faixa etária compreendida entre 10 e 14 anos, já de 15 a 49 foram registrados quatro óbitos femininos.

Segundo Schmitt (2001), os recursos financeiros para o setor saúde provinham das três esferas governamentais (federal, estadual e municipal). No nível federal o repasse dava-se através do Piso Assistencial Básico (PAB) mais incentivos por programas implantados.<sup>10</sup> Os recursos estaduais e municipais deveriam atingir o patamar de 15% do tesouro municipal para o setor saúde, até o ano de 2005; em 2000, o município repassava, mensalmente, em torno de 10%, para pagamento dos funcionários.

Em Palhoça, a Lei nº1044/2000<sup>11</sup>, aprovada pela Câmara de Vereadores e sancionada pelo prefeito, criou vinte equipes de Saúde da Família e determinou quais profissionais formariam as equipes de cada unidade, e quais seriam as atribuições de cada profissional e das equipes em geral, entre outras providências.

Através de processo seletivo, as primeiras equipes de PSF foram implantadas, no ano de 2002, na seguinte ordem cronológica: em maio, a equipe da Pinheira; em julho, duas

---

<sup>10</sup> De acordo com a NOB/96, O PAB consiste em um montante de recursos financeiros destinado ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica, de responsabilidade praticamente municipal. Esse Piso é definido pela multiplicação de um valor *per capita* nacional pela população de cada município (fornecida pelo IBGE), e transferido regular e automaticamente ao fundo de saúde ou conta especial dos municípios e, transitoriamente, ao fundo estadual, conforme condições estipuladas nesta Norma Operacional Básica (NOB). Fica também estabelecido um acréscimo percentual em cima do montante do PAB, sempre que estiverem atuando integralmente à rede municipal de saúde equipes de saúde da família, agentes comunitários de saúde ou estratégias similares de garantia da integralidade da assistência, avaliadas pelo órgão do MS, segundo normas da direção nacional do SUS e de acordo com os seguintes critérios para o PSF: acréscimo de 3% sobre o valor do PAB para cada 5% da população coberta, até atingir 60% da população total do município; acréscimo de 5% para cada 5% da população coberta entre 60% e 90% da população total do município e, acréscimo de 7% para cada 5% da população coberta entre 90% e 100% da população total do município. O limite desses acréscimos é 80% do valor do PAB original do município. A ausência de informações que comprovem a produção mensal as equipes, durante dois meses consecutivos, ou quatro meses alternados, acarreta a suspensão de transferência deste acréscimo.

equipes no Médio Aririú, uma no Alto Aririú, duas no Cambirela e uma no Passavinte; em agosto, uma equipe na Enseada do Brito, uma na Passagem do Maciambu, uma na Guarda do Cubatão e duas no Brejaru; em outubro, uma na Ponte do Imaruim e uma na Barra do Aririú. Ainda nesse ano, foram implantadas duas equipes no Jardim Aquáriu e uma em São Sebastião. Em março de 2003 foi implantada mais uma equipe no Alto Aririú e, no mês de abril, mais uma equipe tinha sido implantada na Barra do Aririú. Desse modo, segundo relato verbal da diretora de saúde pública e das coordenadoras do PACS e do PSF, em maio de 2003 havia vinte equipes de PSF e quatro PACS (Bela Vista, Caminho Novo, Rio Grande e Ponte do Imaruim).

Escolhi as equipes que atuavam no Médio Aririú para o desenvolvimento dessa pesquisa. A escolha deu-se através de visitas de observação juntamente com os agentes comunitários de saúde nos domicílios, do agendamento e da realização das entrevistas com algumas das famílias acompanhadas pela equipe de saúde da família.

#### **1.4.2) O Centro de Saúde do Médio Aririú**

O Centro de Saúde do Médio Aririú (Vide anexo 6.3) funcionava desde 1989 no mesmo local e passou a dispor do PSF em julho do ano de 2002. Contava com duas equipes, cada uma com um médico, uma enfermeira, duas técnicas em enfermagem e os agentes comunitários de saúde da família; o odontólogo, os auxiliares de odontologia, a médica ginecologista, o pediatra, as recepcionistas e a coordenadora do Centro não estavam diretamente vinculadas às equipes. Na época da realização das entrevistas (julho de 2003), uma das equipes estava, provisoriamente, sem o médico, pois o mesmo havia solicitado desligamento da equipe e não havia cumprido o aviso prévio, com prejuízo dos atendimentos clínicos ambulatoriais.

A população estimada para atendimento pelo PSF no Posto de Saúde do Médio Aririú era de aproximadamente de 12.000 pessoas (cerca de 2500 famílias, 1100 para uma das equipes e 1400 para a outra), segundo os dados apresentados pelas enfermeiras das equipes do PSF; o atendimento incluiria uma área de localidades adjacentes, como o Pachecos e o Baixo Aririú, entre outros. Ainda de acordo com as mesmas, essa região teria

---

<sup>11</sup> Essa lei foi alterada pela Lei nº 1363/2001, a qual dispõe, por exemplo, sobre a atribuição do odontólogo nas unidades de saúde da família e pela Lei nº 1557/2002, que estipula em 267 o número de vagas para o cargo de ACS.

algumas zonas nas quais se concentrava uma população mais rural e empobrecida em contraste com áreas mais urbanizadas e com uma população com mais recursos materiais e financeiros.

As equipes realizavam, naquele período, atividades de vacinação, curativos, preventivos, consultas médicas, atendimento com as enfermeiras, entrega de medicamentos, marcação de consultas com especialistas e de exames junto à central do SUS, reuniões semanais com os agentes comunitários; numa das equipes, denominada I, essas reuniões acontecia às 3<sup>as</sup> feiras, e, na outra (II), às 6<sup>as</sup> feiras. Para as visitas domiciliares dos médicos e das enfermeiras, a Secretaria Municipal de Saúde dispunha de um carro com motorista, duas vezes por semana, uma vez à tarde e outra no período matutino.

A unidade de saúde, situada na avenida Bom Jesus de Nazaré, contava com de 02 consultórios médicos (PSF); 01 consultório ginecológico/pediátrico com sanitários; 01 consultório odontológico; 01 sala para a enfermagem; 01 sala para coordenação, onde ficavam guardados os medicamentos; 01 sala de curativo; 01 sala de triagem e nebulização; 01 sala de vacinação; 01 cozinha/copa; 01 lavanderia; 02 sanitários (um feminino e outro masculino); 01 hall, onde se situava o balcão da recepção e uma varanda com bancos e um telefone público.

Na avenida Bom Jesus de Nazaré (vide anexo 6.3), principal via do bairro, também se situam os seguintes estabelecimentos: uma agência bancária (Banco do Estado de Santa Catarina - BESC), um colégio estadual funcionando nos três turnos (da educação infantil ao ensino médio), uma igreja luterana, dois postos de combustíveis (que servem de referência para alguns das/os entrevistadas/os quanto à atuação das equipes de saúde da família), uma madeireira de pequeno porte, um supermercado, uma farmácia, uma vídeo locadora e diversas casas comerciais (papelarias, lojas de roupas e calçados, bares, pequenas mercearias, casa lotérica, entre outras).

Ao longo dessa via pública havia várias paradas de ônibus. Os moradores dessa localidade dispunham de várias opções de horários, pois grande parte dos itinerários dos coletivos que se deslocam do centro de Florianópolis até o município de Santo Amaro da Imperatriz passam pela avenida. Também havia uma linha exclusiva para o Alto Aririú (no próprio município de Palhoça), e uma linha circular interbairros (Palhoça-Aririú). Com exceção desta última, as demais linhas partiam de um terminal de Florianópolis, circulavam

pelos centros históricos e políticos dos municípios de São José e Palhoça e chegavam nos bairros localizados no município de Santo Amaro e Palhoça. Como outras opções de transporte coletivo, algumas linhas transitavam desde os bairros, através da BR 101 e suas marginais, até os terminais de Florianópolis, sem passar pelos centros dos municípios citados acima.

Na avenida Bom Jesus de Nazaré localiza-se um posto de redistribuição de energia elétrica da CELESC - Centrais Elétricas de Santa Catarina, que serve à região. O abastecimento de água é realizado pela CASAN (Companhia Catarinense de Águas e Saneamento). O tratamento de esgoto mostrou-se precário e há vestígios de esgotos a céu aberto, principalmente nas áreas mais rurais. Segundo Silveira (2000: 50) *Não existe esgoto sanitário para coleta e depósito final. O mesmo é efetuado pelos domicílios através de fossas sépticas (ou negras) para posterior descarregamento líquido nas galerias de águas pluviais.* A coleta de lixo é de responsabilidade da Prefeitura Municipal de Palhoça, e parece ser realizada regularmente, pois não percebi grandes acúmulos de resíduos sólidos nem na via principal, nem nas vias secundárias do bairro. A avenida Bom Jesus de Nazaré é calçada, bem como algumas vias transversais e paralelas. Muitas das residências visitadas, no entanto, localizavam-se em ruas e/ou servidões sem calçamento e sem iluminação pública.

Diante dessas informações sobre o posto de saúde e seu contexto, e da receptividade das enfermeiras (coordenadoras das equipes do PSF) e da coordenadora do posto, optei por desenvolver a pesquisa na área de abrangência de trabalho das duas equipes de saúde da família do posto de saúde do Médio Aririú. Feita a escolha, chegava o momento de solicitar ao Secretário de Saúde permissão para continuar o trabalho de reconhecimento da área e iniciar o de apresentação às famílias atendidas - através do acompanhamento das visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde -, e de realizar as entrevistas com as famílias.

### **1.5) Parceiros teórico-metodológicos**

Ao discutir sobre a pesquisa qualitativa, Minayo (1994:10) fez um breve histórico sobre a forma hegemônica como foi e estava sendo concebida a ciência na sociedade ocidental. Cujas ciência, em geral, teria:(...) *estabelecido uma linguagem fundamentada em*



*conceitos, métodos e técnicas para a compreensão do mundo, das coisas, dos fenômenos, dos processos e das relações.* Desse modo, a autora apontou que alguns cientistas sociais defendiam uma uniformidade dos procedimentos, da normatividade e neutralidade para garantir a cientificidade das Ciências Sociais em comparação com as Ciências da Natureza, ao passo que outros pesquisadores estavam favoráveis a total diferença e especificidade do campo humano.

Para Minayo (1993), a pesquisa qualitativa procura responder questões muito particulares, preocupando-se com um nível de realidade que não podia ser quantificado. Desse modo, a autora pontuou que a diferença entre quantitativo e qualitativo era de natureza, pois enquanto os cientistas sociais que trabalhavam com estatística apreendiam os fenômenos apenas numa perspectiva mensurável, observável e objetiva; numa abordagem qualitativa aprofundava-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, não possíveis de ser representadas estatisticamente. Entretanto, para essa autora, os dados quantitativos e qualitativos não se oporiam, mas, ao contrário se complementariam, tendo em vista que a realidade abrangida por eles poderia interagir dinamicamente.

Nesse sentido, Minayo (1993: 21) defendeu que o objeto das Ciências Sociais é essencialmente qualitativo, dado que este (objeto) é histórico e, por isso “(...) *tantos os indivíduos como os grupos e também os pesquisadores são dialeticamente autores e frutos de seu tempo histórico.* Desse modo, (...) *a visão de mundo do pesquisador e dos autores sociais estão implicados em todo o processo de conhecimento, desde a concepção do objeto até o resultado do trabalho.* Para complementar esse pensamento, apresento uma passagem de autoria de Lévy-Strauss (1975: 215), citada por Minayo (1993: 27): *Numa ciência onde o observador é da mesma natureza que o objeto, o observador, é ele mesmo, uma parte de sua observação.*

Minayo (1994:16) escreveu que a metodologia de pesquisa (...) *o caminho e o instrumental próprios de abordagem da realidade, inclui concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador.* Neste sentido, *a metodologia ocupa um lugar central no interior das teorias e está sempre referida a elas.*

Demo (1984:108) chamou atenção para o fato de que (...) *a prática é condição de historicidade da teoria; caso contrário não acontece*. Para este autor teoria pura é fuga da realidade e sem a prática não há história real.

*Reconhece-se aqui a qualidade dialética do relacionamento entre teoria e prática. Ambos se necessitam e se repelem, numa identidade de contrário. Quer dizer que um não existe sem o outro, mas cada um possui densidade própria, o que possibilita um relacionamento dinâmico.(ibdem)*

Nessa perspectiva, esse trabalho de pesquisa pautou-se numa proposta teórico-metodológica das relações sociais compreendidas no campo da Educação, isto pois ele se refere a uma realidade complexa que demanda conhecimentos e ações distintas e integradas para abordagem qualitativa. Sendo que esse conhecimento não se produz apenas nos meios acadêmicos, mas na vivência dos sabores e dissabores dos contatos pessoais com o outro e com o meio, que vai construindo as diferentes formas de ler esse mundo.

#### **1.6) Novos parceiros de jornada**

Optei por entrevistar famílias das áreas atendidas por dois agentes, a saber, o José e a Tiana, os agentes que atuavam a mais tempo no Médio Aririú desde a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (há cerca de dois anos). José e Tiana pertenciam a equipes diferentes, trabalhavam em áreas distintas da comunidade, ele numa microárea, mais urbanizada e próxima ao Posto de Saúde, ela numa microárea mais afastada do Posto. Cada um possuía um estilo próprio de abordagem e tinham em comum realizarem as visitas com outra agente menos experiente.

Escolhidos os agentes com que eu trabalharia, voltei ao Posto de Saúde e conversei com as enfermeiras responsáveis pelas equipes; ambas apoiaram minha. Pus a agente Tiana, a par do trabalho e combinamos que ela me apresentaria às famílias cadastradas sob o números múltiplos de cinco. Assim, eu seria apresentada às famílias números 05, 10, 15 e assim sucessivamente. Algumas dessas famílias seriam escolhidas e acertaríamos, por telefone ou pessoalmente, horários, para eu as entrevistar. Realizei inicialmente, três entrevistas-piloto, a fim de aperfeiçoar o roteiro da entrevista (em anexo) e deixar-me mais a vontade como entrevistadora.

A técnica de entrevista exige de quem a aplica não apenas domínio do instrumento utilizado, mas atitudes de distanciamento e aproximação em relação aos sujeitos entrevistados, seguindo a atenção às comunicações verbal e gestual dos entrevistados pelo pesquisador. Tudo no intuito de não se comprometer a fidedignidade das informações e, principalmente, de manter uma relação respeitosa para com a pessoa entrevistada.

No período de observação, ou seja, no acompanhamento dos agentes comunitários em suas visitas, nos contatos posteriores com as famílias e durante o período das entrevistas, realizei algumas anotações, as quais chamei de "diário de campo". Neste diário registrei, principalmente, impressões, sentimentos (de pesar, alegria, conquista, fracasso, entre outros), pensamentos, indicações, orientações dessa minha caminhada de pesquisadora.

Após as três entrevistas-piloto, entendi que a escolha não poderia dar-se através de um critério tão aleatório como os múltiplos de cinco, seria necessário, como por exemplo, escolher famílias que freqüentavam constantemente o posto de saúde ou que recebiam acompanhamento sistemático da equipe de saúde (no caso, hipertensos, diabéticos, gestantes, crianças de até cinco anos, pessoas acamadas, entre outros). Cheguei a essa conclusão após entrevistar duas famílias, que me disseram, ter pouco contato com os profissionais do posto de saúde.

Com essa nova estratégia, solicitei a Tiana que visitássemos famílias que utilizavam o posto de saúde ou recebiam acompanhamento freqüente da equipe de saúde. Também foi nesse período que desisti de entrevistar as famílias residentes na área atendida pelo agente José, para entrevistar as famílias acompanhadas pela agente Janaína, companheira de trabalho de Tiana e quase com o mesmo tempo de serviço que ela.

Em seguida, iniciei, então, as apresentações com as famílias e a marcação de horários para a realização das entrevistas. Nesta etapa do trabalho, tinha como hipótese que, em geral, as famílias desconheciam, ou pouco conheciam, os princípios norteadores e as novas estratégias de promoção em saúde presentes na proposta do Programa de Saúde da Família. E que a lógica da relação família - equipe de saúde ainda continuava a ser a do modelo tradicional, na qual o profissional de saúde (geralmente o médico) receita, indica, informa e orienta o paciente, numa relação unilateral e hierarquizada.

No dia combinado, encontrei-me com a agente de saúde Tiana para fazermos as visitas de apresentação com as famílias por ela indicadas. Durante as visitas, Tiana tomou a iniciativa de, ao me apresentar, já sugerir que se marcasse um horário para nos encontrarmos e as entrevistas acontecerem.

Nessa tarde, percebi que o caminho do pesquisador não pode ser de isolamento, tendo em vista que no contato com as outras pessoas nos construímos como pesquisadores sociais. Quando iniciamos as primeiras apresentações seguindo a sistemática dos múltiplos de cinco (anteriormente relatada), Tiana já havia adiantado que talvez fosse mais produtivo visitarmos as famílias que utilizavam regularmente os serviços públicos de saúde no bairro. Num primeiro momento, entretanto, escolhi o caminho mais longo, ao invés do atalho que ela me propunha semanas atrás. Dar-me conta dessa experiência, foi um importante marco no meu caminhar de pesquisadora.

No dia seguinte, combinamos sair para que eu fosse apresentada a mais algumas famílias, na área da agente de saúde Janaína; Tiana nos acompanhou, a pedido de Janaína. As idas às casas transcorreram de forma bastante descontraída, sendo que as pessoas, em geral, foram receptivas à idéia e pude marcar várias entrevistas.

No período compreendido entres os dias 22 e 29 de julho de 2003 (excetuando-se o dia 27), realizei dezessete entrevistas com os(as) mediadores(as) em saúde das famílias. Antes de iniciar a entrevista propriamente dita, eu tinha o cuidado de conversar, durante uma hora ou uma hora e meia, sobre a história dessas pessoas e suas famílias, sem a utilização do gravador. Após esse período, quando sentia que elas já estavam mais à vontade e descontraídas, pedia permissão para gravar os relatos e iniciava com as perguntas do roteiro.

Das dezessete entrevistas realizadas, dezesseis foram integralmente transcritas; não foi possível transcrever o conteúdo da única entrevista realizada com uma pessoa do sexo masculino.

Terminada as etapas de transcrição das entrevistas e de análise de conteúdo, fui encontrando subcategorias de relevância. Cinco categorias já estavam definidas *a priori* (Vide anexo): Conceito de Saúde; Sistema Único de Saúde/ Posto de Saúde; Programa de Saúde da Família; Participação das Famílias e Práticas Educativas em Saúde. Essa análise será apresentada no Percurso Analítico - As histórias se encontram.

## 2. PERCURSO TEÓRICO

*A vida só pode ser compreendida olhando-se para trás,  
mas só pode ser vivida olhando-se para frente.  
(Kierkegaard)*

Este capítulo propõe-se a apresentar um breve histórico da constituição do SUS, enquanto sistema unificado, universal, equânime e hierarquizado de saúde; resultante das lutas dos movimentos sociais por saúde que aconteceram no Brasil nas décadas de setenta e oitenta e, institucionalizado pela Carta Magna (1988) e pelas Leis Orgânicas da Saúde (8080 e 8142, de 1990).

O Programa de Saúde da Família e suas especificidades também fazem parte desse capítulo, bem como os conceitos de participação e educação em saúde, por considerá-los essenciais na construção que norteou essa pesquisa.

### 2.1) O Sistema Único de Saúde - Sua história em muitas histórias

Mendes (1996: 57) defendeu que o SUS deve ser entendido como um processo histórico e social em marcha, que não teve seu início a partir da Constituição Federal (CF 88) *com a consagração constitucional de seus princípios, nem deve ser um momento definitivo para o seu término*, como profetizavam alguns de seus críticos. Para esse autor, o SUS como processo sócio--histórico tem uma dimensão política, ideológica e tecnológica.

A dimensão política acontece dentro de um cenário democrático, onde apresentam-se diferentes autores sociais defensores de diversos projetos em saúde. A ideológica *parte de uma concepção ampliada de processo saúde-doença e de um novo paradigma sanitário, dela derivado, cuja implantação tem nítido caráter de mudança cultural* (p. 58). O SUS tem também uma dimensão tecnológica, a qual exige a produção e a integração de conhecimentos e técnicas para a sua implementação, que estejam em consonância com as dimensões políticas e ideológicas que as respalda.

Para Mendes (ibidem): *O SUS está sendo construído no embate político, ideológico e tecnológico entre diversos atores sociais em situação e resulta de propostas que, ao longo de muitos anos, vêm sendo impulsionadas por um movimento social que se denomina de reforma sanitária.*

Seguindo a mesma direção, Cunha & Cunha, em publicação do Ministério da Saúde (2001: 285) mencionaram o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS)

como resultado de *um conjunto de embates políticos e ideológicos travados por diferentes atores sociais ao longo dos anos*.

Nesse sentido, fez-se necessária a compreensão de que a construção, institucionalização e estruturação do SUS aconteceu (e está acontecendo) de forma processual, dinâmica e por vezes conflituosa (serviços públicos de saúde X interesses dos convênios particulares em saúde, hospitais e clínicas privadas, entre outros). Então, a fim de compreender a forma como foi legalizado e está sendo organizado atualmente o SUS, foi preciso contextualizá-lo sócio-historicamente. Essa contextualização, possibilitou-me compreender as atuais políticas públicas em saúde como resultantes de acordos políticos e de lutas travadas pelos movimentos sociais em prol da melhoria do atendimento em saúde no Brasil, principalmente nos anos setenta e oitenta.

Mendes (1996) referiu que o serviço de atendimento brasileiro em saúde no século XX, passou do modelo sanitarista/campanhista (décadas de 20 até meados da década de 60), pelo modelo médico-assistencial privatista (de 65 até os anos 80) até o modelo de assistência que começou a se delinear no final da década de 80 até os dias atuais, que inclui o SUS. Essa trajetória (...) *tem de um lado uma determinação econômica e, de outro, a concepção de saúde que vige, na sociedade, num determinado momento*. (p.58) . Desse modo, enquanto a economia brasileira estava dominada por um modelo agrário/exportador, baseado na monocultura, o que se exigia do sistema de saúde era um política de saneamento das áreas onde circulavam e eram exportadas as mercadorias, bem como o controle de doenças que pudessem prejudicar as plantações e exportações.

De acordo com Borba (1998), até a década de vinte não se observava, por parte do Estado brasileiro, nenhuma política estruturada em relação à saúde, deixando esse espaço de assistência a cargo de entidades religiosas e filantrópicas. Em 1921, iniciou-se uma estruturação maior da política em saúde com a reforma Carlos Chagas. Já em 1923, a lei Elói Chaves, as Caixas de Aposentadorias e Pensões dos Ferroviários - CAPS foram estatizadas e junto com elas foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública, com o objetivo de atuar junto às áreas de saneamento urbano e rural, de higiene industrial e dos serviços de higiene materno-infantil, dando início a uma política higienista.

Nos anos trinta, segundo Oliveira (2000) e Silva (2000), o sistema previdenciário no Brasil passou por várias reformulações, devido, a crise econômica mundial e as

conseqüentes crises políticas e sociais internas. Nesse contexto, foi criado o Ministério da Saúde e Educação, dividido em duas áreas: saúde pública e medicina previdenciária. As CAPS foram mantidas e foram criados os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) para categorias profissionais mais destacadas como bancários e industriários. Esses últimos com forte intervenção do Estado em sua administração, sendo o colegiado composto por representantes de empregadores e empregados, mas sem poder deliberativo, como o do CAPS. Assim, os IAPs começaram a ser "consumidores" dos serviços médicos privados, prestados, principalmente, por entidades filantrópicas como as Santas Casas, de quem a previdência comprava os serviços.

Borba (1997) destacou que em 1942, foi criado o Serviço Especial da Saúde Pública, para atuar nas áreas estratégicas econômicas e militares, como no ciclo da borracha do Estado amazônico. Ainda nessa mesma década, deu-se o fim da configuração autoritária do Estado Novo e, a instalação de um regime de governo mais democrático do Estado brasileiro. Inspirado no "welfare state" (estado de bem-estar social)<sup>12</sup> europeu, o governo criou uma série de bens e serviços oferecidos através do Instituto de Aposentadoria da Previdência (IAP), considerado o berço da previdência social brasileira.

O processo de industrialização vertiginosa vivido pelo Estado Brasileiro, na "Era JK", estruturou, segundo Mendes (1996: 59), um deslocamento do pólo dinâmico da economia para os centros urbanos, o que gerou uma massa operária que deveria ser atendida por algum sistema de saúde. *O importante já não era sanear os espaços de circulação das mercadorias, mas atuar sobre o corpo do trabalhador, mantendo e restaurando sua capacidade produtiva*, cujo fato incentivou o crescimento da atenção médica da Previdência Social e a redução das ações campanhistas, contribuindo na

---

<sup>12</sup>Baseado nas teorias do economista inglês John M. Keynes, o qual criticando a teoria econômica liberal, propõe um novo modelo de política estatal fundamentado em dois princípios básicos: pleno emprego e igualdade. Dessa forma, Keynes propunha que o Estado deveria investir em grandes obras públicas de infraestrutura para contratar e remunerar os desempregados, mantendo dessa forma, os níveis de consumo satisfatórios, que permitissem o aquecimento da economia, vencendo a depressão do capitalismo mundial da década de 30.. Essa perspectiva de gestão de governo ganhou fôlego na Europa do Pós-Guerra, estendendo-se até a década de 70. A princípio, o Estado de Bem-Estar foi definido como o Estado Assistencial, que procurou criar políticas públicas de caráter social, garantindo o mínimo de renda, alimentação, habitação, saúde e educação a todo o cidadão. Esse Estado foi alvo mais de críticas, do que de apoio, sendo que muitos autores atribuem a crise fiscal do Estado à manutenção das políticas de bem-estar social, sendo os teóricos neoliberalistas os maiores críticos desse Estado. (texto fornecido pelo professor Paulo Meksenas, na aula introdutória da disciplina História, Sociedade Civil e Estado: Contextos em Educação do Curso de Mestrado em Educação, do CED/UFSC, 2002 .2)

expansão do complexo médico-industrial<sup>13</sup> que dominou o modelo assistencial em saúde no Brasil, da metade da década de 60 até os anos 80.

Após a renúncia do presidente Jânio Quadros, em 1961, João Goulart assumiu o governo, marcado por divergências e desagravos políticos. Em 1963, o Ministério da Saúde foi separado do antigo Ministério da Educação e Saúde, o que fez com que o sistema de saúde começasse a funcionar como um modelo de seguridade social, ou seja, onde somente quem contribuísse tinha o direito de usufruir de seus benefícios. Ainda nesse mesmo ano, realizou-se a III Conferência Nacional de Saúde, na qual discutiu-se uma Política Nacional de Saúde, com propostas de municipalização dos serviços.

Essa Conferência propunha, de acordo com Fleury (1988)<sup>14</sup> citado por Oliveira (2000), a criação de Conselhos Municipais de Saúde, com o objetivo de captar os diferentes grupos sociais de cada localidade, para contribuir com as atuações médico-sanitários municipais. No entanto, essas propostas de municipalização dos serviços de saúde e participação popular foram refutadas pela ditadura militar que assumiu o papel regulador da sociedade, principalmente através do estabelecimento da censura e da repressão violenta às manifestações contrárias e críticas ao governo instituído após o golpe militar de 1964.

No ano de 1966, os Institutos de Aposentadoria e Previdências foram unificados no então recém criado Instituto Nacional de Previdência Social - INPS, sendo que as políticas em saúde desse período foram eminentemente hospitalocêntricas e de baixa resolutividade, prevalecendo o modelo médico assistencial curativo e privatizante. Nesse período e nas décadas subsequentes de ditadura militar o setor saúde no Brasil propiciou, segundo Magajewski<sup>15</sup> (1994) citado por Borba (1997: 21), *a capitalização da medicina e o privilégio do produtor privado desses serviços*.

No ano seguinte (1967) aconteceu a reforma da Administração Federal, a qual redefiniu as áreas de competência dos ministérios para a saúde. Para Borba (ibidem)

---

<sup>13</sup> Este termo complexo médico-industrial refere-se a uma organização (...) representando os interesses da indústria farmacêutica, indústrias de equipamentos médicos, setores privados hospitalares, planos de saúde e de categorias, empresas de Medicina de Grupo, todos interessados no acúmulo de capital investido na área da saúde (Henrique, 2002 et Gama 2003)

<sup>14</sup> Fleury, Sônia (org.). Saúde Coletiva? Questionando a onipotência do Social. RJ: Relumê-Dumaré, 1992

<sup>15</sup> Magajewski, Flávio, R.L. Seletividade Estrutural e a construção do Sistema Único de Saúde em Santa Catarina no período de 1987-1990. (Dissertação de Mestrado em Administração). Florianópolis. CPGA/UFSC, 1994



referenciado em Luz<sup>16</sup> (1986), a principal consequência dessa reforma foi a efetivação da dicotomia entre a saúde coletiva e a individual. Sendo que a primeira foi assumida pelo Ministério da Saúde, através do estabelecimento de medidas de caráter coletivo e, ao setor privado, conveniado com o governo, coube a atenção médica curativa e individualista. Dentro deste quadro, o INPS (criado em 1967) desempenhou um importante papel.

O início da década de setenta foi marcado, ainda segundo o mesmo autor, pelo lançamento do I e II Plano Nacional de Desenvolvimento, nos quais a saúde individual e coletiva tinham suas responsabilidades explicitadas. Em 1974 foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social, responsável pela assistência médica, reservando lucros ao setor privado, intermediado pela previdência social. No ano seguinte foi regulamentado o Sistema Nacional de Saúde e a partir dessa data, de acordo com Luz citado por Borba (1997), a dominância exercida pelo componente assistência médica acentuou-se sobre o de saúde pública através do INPS e depois pelo INAMPS (Instituto Nacional de Atenção Médica da Previdência Social).

Contrapondo-se a esse modelo médico assistencialista privatista, o qual privilegiava a prática médica curativa especializada e individualista, em detrimento da saúde pública; surgiu, em meados da década de setenta, o Movimento Sanitário. Da Ros (1991) traçou um breve histórico desse Movimento no Brasil e em Santa Catarina. Segundo o referido autor, na década de setenta começaram a se constituir movimentos, que se contrapunham a um modelo claramente privilegiado do setor privado, da medicina liberal, com modalidade hospitalar de atendimento. Na Previdência, surgiu o chamado “setor publicista”, no Ministério da Saúde, com a inclusão de jovens sanitaristas nos quadros técnicos desse ministério surgiram os “preventivistas”; nos ambientes acadêmicos foram surgindo novos debates sobre a relação saúde/realidade social, fomentados pelo aparecimento de teses de base marxistas e pela mobilização estudantil em prol das camadas menos favorecidas da população brasileira.

Ainda de acordo com Da Ros (Ibdem), a organização desses movimentos (jovens sanitaristas, “setor publicista” do INPS, academia, movimento estudantil, bem como os de médicos residentes e de alguns sindicatos médicos) coincidia com o período da crise

---

<sup>16</sup> Luz, Madel T. As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia. Rio de Janeiro: Graal, 3. ed. 1986

econômica e política do regime autoritário brasileiro e do período em que o partido de oposição consentida, o MDB, começava a colher resultados eleitorais.

Sader (1988), ao fazer a análise das Comissões de Saúde da zona leste de São Paulo, nas décadas de 70 e 80, também mencionou a união de estudantes, dos médicos sanitaristas, das Comunidades Eclesiais de Base (CEBs) da Igreja Católica e a mobilização popular na luta pela melhoria da qualidade do atendimento de saúde para as comunidades de periferia, não por acaso, as menos atingidas pelas políticas (hospitalocêntricas e elitistas) de saúde daquele período no Brasil. Dessa forma, os movimentos sociais por saúde configuraram-se, para esse autor, como um dos principais articuladores pela implantação e implementação de um modelo de promoção em saúde que estivesse intimamente relacionado com o processo educativo.

Ainda de acordo com Sader (ibidem: 09), nos anos 70<sup>17</sup>, os profissionais da saúde começaram a entrar em contato com experiências de Educação Popular, encabeçadas pela Igreja Católica e intelectuais insatisfeitos com as políticas públicas de educação e saúde (esta última quase inexistente). Nesse período, o Movimento Popular em Saúde (MOPS) - uma articulação nacional dos movimentos populares no setor saúde - chegou a acumular centenas de experiências em vários estados, como, por exemplo, o Movimento de Saúde da Zona Leste de São Paulo

De um modo geral, após o processo de reabertura política do final da década de 70 e início dos anos 80, duas correntes ideológicas predominaram no setor saúde. A primeira, formada por representantes do complexo médico-industrial (representantes da indústria farmacêutica, laboratoriais e hospitais), defendia a privatização do setor saúde. A segunda corrente integrada por intelectuais e profissionais de saúde, pelo movimento estudantil, entre outros grupos organizados (movimento sanitário) lutava pela reorganização, reestruturação e democratização dos serviços de saúde coletiva e, encabeçavam o movimento pela reforma sanitária no Brasil.

---

<sup>17</sup> É válido ressaltar a importância da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que aconteceu na cidade de Alma-Ata - cidade da antiga União Soviética, no ano de 1978, na qual firmou-se o compromisso estabelecido pelo lema "saúde para todos no ano 2000", que foi ratificado pela Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde realizada em 1986 em Ottawa/Canadá, como dois marcos internacionais que repercutiram no cenário nacional, fortalecendo os ideais pró-investimentos em saúde coletiva.

A VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em março de 1986, contou com a participação efetiva de quase todas as instituições que atuavam no setor saúde, dos grupos de profissionais e partidos políticos e influenciou significativamente na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS)<sup>18</sup> e na elaboração dos preceitos constitucionais relacionados ao setor saúde

Dessa forma, a Constituição Federal de 1988 (CF88) resgatou as propostas da VIII CNS, criando o Sistema Único de Saúde (SUS) e reconhecendo nos artigos 196 e 197 a saúde como direito de todos e dever do Estado, considerando as ações e serviços de saúde relevantes e de responsabilidade do Poder Público. No artigo 198 apresentou-se as diretrizes das ações e serviços públicos de saúde – rede regionalizada, hierarquizada e sistema único, de descentralização, atendimento integral, como prioridades para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade. Criado constitucionalmente, o SUS foi regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde (LOAS), Leis nº 8080, de 19/09/1990 e nº 8.142, de 28/12/1990, ambas ainda em vigor.

A Lei nº 8080 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Já a lei 8142 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. Essas leis foram aprovadas no primeiro governo civil do Estado brasileiro eleito pelo sufrágio universal, realizado em 1989.

De acordo com Silva (2000), no Governo Collor, primeiro Presidente da República eleito de forma direta após três décadas de governo militar e de uma eleição indireta para a presidência da República, pouco se avançou no setor saúde, sendo que o Plano Plurianual não trouxe previsões de despesas para esse setor.

---

<sup>18</sup> Cunha & Cunha (2001) apontaram o SUDS como uma estratégia de transição em direção ao SUS, que propunha a transferência dos serviços do INAMPS para estados e municípios. *SUDS pode ser percebido como uma estadualização de serviços*. (p.298) Sendo seu principal ganho a incorporação dos governos estaduais da disputa pelos recursos previdenciários. Mas, os autores chamaram a atenção para o fato da estadualização também permitiu a diminuição dos recursos efetivamente gastos com saúde, bem como possibilitou os "clientelismos" em prol de algumas gestões municipais de partidos políticos que apoiavam os governos estaduais.

Em 1992, quatro anos após a promulgação da Constituição, foi realizada a IX CNS, após várias convocações e adiamentos. O tema dessa Conferência foi "Municipalização é o caminho", que reforçou as propostas apresentadas pela VIII Conferência, bem como *proporcionou um movimento de mobilização na sociedade brasileira, alavancada pelo setor saúde* (Silva, 2000: 40-1); tendo em vista que contou com a realização maciça das conferências municipais e unanimemente das estaduais, como etapa preparatória para a Nacional.

Em 1993, foi aprovada a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB-SUS/93, que teve como objetivo fundamental *disciplinar o processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde na perspectiva de construção do SUS*. (Brasil, 1996); para tal, a NOB/93 apontou uma série de critérios a serem seguidos pelos gestores municipais. Um destes foi a existência de conselhos de saúde, o que obrigou os secretários municipais e prefeitos interessados em gerir os serviços de saúde de suas municipalidades a incentivarem a criação de Conselhos Municipais de Saúde. Em muitos casos, todavia, essa obrigação fez com que fossem criados conselhos por decretos do executivo municipal, sem qualquer preocupação com o critério de paridade de sua composição. (Silva, 2000)

A X CNS realizou-se em nove de agosto de 1996, apresentando como tema central "SUS: construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida." Assim como as suas duas antecessoras, possibilitou a mobilização política com a participação de diversos segmentos sociais. *Nesta conferência ficou evidenciado o quanto as correlações de forças permanecem fortes no setor, tendo em vista os enfrentamentos diante a NOB/96, que após ser lançada pelo Ministério da Saúde (...) não foi referendada pela conferência.*" (Oliveira, 2000: 27)

Ainda de acordo com Oliveira (ibidem), fundamentada em Costa<sup>19</sup> os problemas de operacionalização do SUS estavam fortemente atrelados a uma conjuntura internacional (que foi se delineando ao longo das duas últimas décadas do século XX), na qual os países em desenvolvimento, como o Brasil, receberam influências e orientações das nações hegemônicas no que tange as políticas na área social.

---

<sup>19</sup>Costa, N. R. O Banco Mundial e a política social nos anos 90 - A agenda para reforma no setor saúde no Brasil. In: \_\_\_\_\_ e RIBEIRO, J. M. Política de Saúde e inovação institucional: uma agenda para os anos 90. Rio de Janeiro: ENSP, 1996, p. 13-29.

*No que se refere as orientações para a Reforma da Saúde, tem sido divulgado para os países em desenvolvimento pelas agências de cooperação internacional, especialmente através do Banco Mundial, (que tem por diretriz mudanças econômicas, ideológicas e políticas), a diminuição do Estado, fortalecimento do mercado para financiar e oferecer cuidado à saúde, priorização dos controles das doenças, implantação de programas de saúde baseados em critérios de custo-efetividade e pacotes básicos de serviços clínicos e de saúde pública." (Oliveira, 2000: 27)*

Desse modo, acompanharam-se nos anos 90 a adoção de práticas neo-liberais, tais quais: cortes no orçamento / financiamento, principalmente em educação e saúde; reformas dos sistemas de previdência social e a privatização de empresas estatais. Tais práticas apoiaram-se nos ideais neo-liberais de controlar a crise fiscal do Estado pelo enxugamento da sua máquina administrativa e produtiva, através do desmonte das políticas públicas, principalmente, no setor saúde, educação e segurança.

Mendes (1996) ao dissertar sobre a construção processual do SUS, apontou que este não nasceu de uma proposta utópica vinda de algum gabinete, mas como fruto de discussões e embates políticos que se desenrolaram durante anos e que, em determinado momento, no Congresso Nacional foi institucionalizado.

Nesse sentido, entender o SUS como um processo sócio-histórico, significa não considerá-lo acabado, mas como uma instituição em constante transformações e que transcende em muito a si mesma:

*(...) uma vez que demarca as possibilidades e os caminhos de uma imprescindível reforma do aparelho do Estado brasileiro, porque explicita os papéis federativos, redistribui as competências, descentraliza os recursos, democratiza as decisões e procura romper com as clássicas relações de intermediação clientelistas ou corporativas que estão na medula do nosso Estado. (Ibdem: 66)*

Compreendido dessa forma, o SUS pode ser considerado como uma espaço privilegiado de construção de cidadania - remando contra a corrente hegemônica neo-liberal que busca o fim das políticas públicas, pois além de contemplar em seus princípios doutrinários o acesso igualitário e integral de toda a população brasileira aos serviços públicos de saúde, também defende como um dos itens de seus princípios organizativos, a participação e o controle social, através de entidades como os conselhos de saúde (locais, municipais, estaduais e federal).

## 2.2) O SUS: seus princípios doutrinários e organizativos

Para Cunha & Cunha (Em: Brasil, Ministério da Saúde, 2001: 299), um dos grandes avanços do SUS foi a ampliação do conceito de saúde, isto é, não somente como ausência de doença, mas atrelado a um conjunto de fatores como moradia, alimentação, emprego, lazer, educação, ou seja, como um retrato das condições materiais e sociais de vida da população. Fundamentado nesse conceito ampliado de saúde, fez-se necessário que o sistema de saúde incorporasse novas dimensões e se tornasse responsável por conquistas que até então estavam fora de seus domínios.

Nesse sentido, os autores defenderam que o sistema de saúde deveria promover relações com movimentos políticos que caminhassem na mesma direção, como pela defesa do meio ambiente, o movimento contra a fome, as manifestações pela cidadania, contra a violência no trânsito, pela reforma agrária, etc.; bem como promover a democratização interna da gestão dos serviços e dos sistemas de saúde como um elemento a mais no movimento de construção da cidadania

Além do conceito ampliado de Saúde, o SUS - para os referidos autores, trouxe dois outros conceitos importantes: o de sistema e a idéia de unicidade. Por sistema, entendeu-se um conjunto de várias instituições que permeiam as três esferas governamentais e o setor privado conveniado e/ou contratado, interagindo com uma finalidade comum. Este sistema deve ser único, ou seja, ter a mesma doutrina e a mesma forma de organização em todo o país, considerando a diversidade étnica e cultural brasileira.

*O que é definido como único na Constituição é um conjunto de elementos doutrinários e de organização do sistema de saúde, os princípios da universalização, da equidade, da integralidade, da descentralização e da participação popular. (...) O SUS pode, então, ser entendido a partir da seguinte imagem: um núcleo comum (único), que concentra os princípios doutrinários, e uma forma de organização e operacionalização, os princípios organizativos. (Cunha & Cunha, 2001: 299)*

### 2.2.1) Princípios Doutrinários do SUS: Universalidade, Equidade e Integralidade

A Universalidade deve ser entendida como a garantia de acesso às ações e serviços de saúde, em todos os níveis de assistência, a todas as pessoas, independente de sexo, raça, idade, renda, ocupação ou outras características pessoais ou sociais. Acesso universal presente no art. 196 da CF 88, o qual reza: *A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença*

*e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.*

A Equidade, princípio também presente no artigo 196 (supracitado) tem por objetivo diminuir as desigualdades, através do atendimento diversificado e específico que supra às necessidades da população a ser assistida, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

A Integralidade de assistência deve ser *entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.* (Lei 8080/90, inciso II, art. 7º do Cap. II, Título II)

### **2.2.2) Princípios Organizativos do SUS**

Cunha e Cunha (2001) apontaram que esses princípios configuram-se como diretrizes que orientam a concretização do SUS, as quais se fundamentam nos princípios doutrinários e nos preceitos constitucionais - que definiram as ações do SUS como de "relevância pública" e que colocaram a saúde como pertencente a um sistema mais amplo, ou seja, o da Seguridade Social.<sup>20</sup>

De acordo com esses autores são princípios organizativos do SUS: a regionalização e hierarquização; a descentralização e o comando único e a participação popular.

Os princípios da regionalização e da hierarquização dizem respeito à organização dos serviços de saúde em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a determinada área geográfica, sendo planejados a partir de critérios epidemiológicos e conhecimento da clientela a ser atendida.

A descentralização deve ser entendida como a redistribuição do gerenciamento e responsabilidades entre as três esferas governamentais, sendo cada esfera autônoma e soberana em suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade. Assim, a descentralização ou a municipalização deveria ser um recurso que,

---

<sup>20</sup> Art. 194 - A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinada a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. (CF 88)

além de aproximar o cidadão das decisões do setor, possibilitaria responsabilizar o município pela saúde de sua população.

A participação popular que se efetiva através da criação dos Conselhos e nas Conferências de Saúde, solidificando a gestão democrática do SUS e institucionalizados pela Lei nº 8142/90: Artigo 1º, Parágrafo 1º - "A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde." E, no Parágrafo 2º- "O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo."

Por ser uma importante categoria de análise nesse trabalho, a participação será um tema de destaque a ser discutido no final desse capítulo.

### **2.3) O Programa de Saúde da Família**

Os anos oitenta e noventa trouxeram grandes transformações no que tange às políticas públicas de saúde. Transformações resultantes das lutas travadas pelo movimentos nacionais e internacionais em prol da melhoria dos padrões de vida da população e da falência dos modelos de saúde hospitalocêntricos e elitizantes implantados no Brasil, não só, mas principalmente, nos anos da ditadura militar.

Desse modo, tanto o Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS) quanto o Programa de Saúde da Família (PSF), que foram implantados no Brasil, nos anos de 1991 e 1994, respectivamente, visavam, entre outros, substituir o modelo de saúde tradicional e discriminatório - que privilegiava o complexo médico-industrial - por uma rede de cobertura universal e equânime no atendimento à saúde da população; com a adoção de medidas de promoção em saúde, em especial, da implementação de políticas públicas que privilegiassem a educação em saúde, a articulação dos conhecimentos técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários.



Para melhor entender essa nova proposta de assistência em saúde, cada componente da sigla PSF será desmembrada para que se focalize as características mais marcantes de cada um de seus termos. Desse modo, iniciar-se-á com a apresentação do Programa e seus elementos norteadores, para em seguida apresentar uma definição sobre Saúde. Para finalizar, será exposta uma breve discussão a respeito do termo Família.

### **2.3.1) O Programa como uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial em saúde no Brasil**

O Ministério da Saúde (MS), em publicação do ano de 1997, entendia o Programa de Saúde da Família (PSF) como:

*(...) um modelo substitutivo da rede básica tradicional – de cobertura universal, porém assumindo o desafio do princípio da equidade – e reconhecido como uma prática que requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes. (p.09)*

Compreendido dessa maneira, o PSF deveria, então, desenvolver um trabalho voltado para as ações coletivas de promoção e proteção a saúde e de colaborar decisivamente na organização do Sistema Único de Saúde – SUS - e na descentralização e municipalização da saúde, tornando-se esse seu principal objetivo.

Atualmente, a implantação do PSF depende da decisão política da administração municipal com a anuência do Conselho Municipal de Saúde do projeto apresentado e, a discussão com as comunidades a serem beneficiadas. Para tal, faz-se necessário que o município esteja habilitado com alguma forma de gestão do SUS, pois caso contrário, o repasse de recursos acontecerá pelo Fundo Estadual de Saúde.

De acordo com publicação do Ministério, os passos necessários para a elaboração do projeto são: identificar as áreas prioritárias para implantação do programa, que podem ser as áreas menos atendidas ou com grande risco social; mapear o número de habitantes de cada área e calcular o número de equipes necessárias; mapear as áreas e microáreas e listar as unidades de saúde que serão referências às Equipes de Saúde da Família; adequar espaços e equipamentos para a implantação do programa; encaminhar o projeto à coordenação estadual do PACS/PSF que o analisará e encaminhará à Comissão Intergestores Bipartite para aprovação. (Brasil, 2001: 199)

Após a aprovação, os recursos federais serão alocados e repassados para os municípios sob a forma de incentivos, que compõem a parte variável do Piso de Atenção Básica (PAB). Logo que as equipes forem implantadas, o município deve alimentar o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), requisito obrigatório para o recebimento dos incentivos. Caso o município deixe de informar o sistema por dois meses consecutivos ou três alternados, o repasse dos incentivos será imediatamente suspenso. (Brasil, 1997)

*Depois de definidos a composição e o número de equipes, o município deve planejar e executar o recrutamento e a seleção dos profissionais, contando para isso, com o apoio da Secretaria Estadual de Saúde e/ou instituição formadora de recursos humanos para a saúde. Atenção especial deve ser dada à identificação de profissionais com do perfil adequado, principalmente no que se refere à postura profissional, que deve ser de muito respeito e compromisso com a ESF e com as pessoas da comunidade. (Brasil, 1997: 23-4)*

Desse modo, o Ministério da Saúde já apresentava em 1997, dentro desse novo modelo de Atenção Básica à Saúde, a existência de equipes mínimas de saúde<sup>21</sup> compostas por um médico de família ou generalista, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde<sup>22</sup> (ACS), que atendessem no máximo a 4.500 pessoas.

---

<sup>21</sup> Essa equipe mínima de saúde, conforme publicação do ano de 2001, continua sendo recomendada com essa mesma composição, sendo que “Profissionais como assistentes sociais, psicólogos e outros, poderão ser incorporados ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais.” (BRASIL. Ministério da Saúde. Gestão Municipal de Saúde: textos básicos. Rio de Janeiro, 2001, p. 193)

<sup>22</sup> De acordo com a proposta do Ministério da Saúde, o agente comunitário de saúde (ACS) deve ser uma pessoa da própria comunidade preparado para orientar as famílias a cuidarem de sua própria saúde e a zelarem pela saúde da comunidade e deve estar vinculado a Unidade de Saúde (US) mais próxima de sua área de atuação. Entretanto, pelo menos pela proposta oficial do MS, para ser um ACS é preciso preencher aos seguintes requisitos: ter no mínimo dezoito anos de idade; ser alfabetizado; residir na comunidade há pelo menos dois anos, passar por um processo seletivo, que inclui prova escrita e entrevistas individual e coletiva. O ACS também faz parte da equipe da saúde da família, que não recebe menos do que um salário mínimo para que visite mensalmente de 500 a 575 pessoas – pelas quais é responsável – em todas as questões relacionadas com a saúde, quer seja, identificando doenças, orientando, encaminhando ou mesmo acompanhando a realização dos procedimentos necessários à proteção, a promoção, a recuperação ou a reabilitação da saúde das pessoas daquela comunidade. Para fazer esse trabalho, o ACS deve ser treinado e orientado por um enfermeiro, denominado de instrutor-supervisor. (Fonte: <http://www.saude.gov.br/programas/pacs/pacs.htm>)

Os ACS devem fazer a ligação entre as famílias e o serviço de saúde, realizar o mapeamento das áreas e o cadastramento das famílias e estimular a comunidade para que promovam práticas que proporcionem melhores condições de vida.

São atribuições dos/das ACS, juntamente com as visitas domiciliares: o Cadastramento ou Diagnóstico<sup>23</sup>; o Mapeamento e Identificação de Áreas de Risco, que podem ser estruturais (precariedade do sistema de tratamento de esgoto, de abastecimento de água, coleta de lixo ou moradias com risco de desabamento, entre outros) ou sociais (violência, tráfico de drogas, alcoolismo, entre outros) e as Ações coletivas (objetiva a mobilização comunitária com a discussão no planejamento e intervenções prioritárias que atendam a demanda das famílias atendidas). (Brasil, 2001)

As ações da ESF devem estar atreladas ao trabalho realizado pelo/a ACS, sendo voltado para a prevenção de doença e promoção de saúde da população atendida. Dessa forma, o médico dessa equipe deve atender a todos os integrantes da família, comprometendo-se (...) *com a pessoa, inserida em seu contexto biopsicossocial, e não com um conjunto de conhecimentos específicos ou grupos de doenças. Sua atuação não deve estar restrita a problemas de saúde rigorosamente definidos.* (Brasil, 1997: 15)

O profissional de enfermagem supervisiona o trabalho do ACS e do auxiliar de enfermagem, desenvolvendo ações para capacitação dos mesmo e, realiza consultas na unidade de saúde e nos domicílios, quando necessários. O auxiliar de enfermagem realiza procedimentos técnicos de enfermagem no ambulatório e/ou nos domicílios, bem como executa ações de orientação sanitária. Além dessas atribuições, os profissionais da equipe de saúde devem participar da discussão e organização do processo de trabalho da unidade de saúde da família.

Para melhor realizarem suas atribuições os profissionais e os ACS que compõem as equipes de saúde da família devem estar preparados/as para conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sócio-econômicas, psico-culturais, demográficas e epidemiológicas; identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco aos quais a população está exposta; elaborar, com a

---

<sup>23</sup> Primeira etapa do trabalho da equipe de saúde da família (ESF) junto à comunidade e consiste no registro de informações sobre cada membro da família a respeito de variáveis que influenciam na qualidade de vida, como a situação de moradia, condições de saúde, entre outras, através do preenchimento de ficha cadastral do SIAB. Essas informações serão computadas, analisadas, divulgadas e discutidas junto à comunidade e, posteriormente, encaminhadas às Secretarias municipais e estaduais e, por fim, ao Ministério da Saúde.

participação da comunidade um plano local para enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença; promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para enfrentamento conjunto dos problemas identificados; prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, na Unidade de Saúde da Família, na comunidade, no domicílio e no acompanhamento ao atendimento nos serviços de referência ambulatorial, com ênfase nas ações de promoção à saúde; resolver através da adequada utilização do sistema de referência e contra-referência os principais problemas identificados (O atendimento da ESF deve, em situações específicas, encaminhar o usuário para os níveis de maior complexidade); promover ações intersetoriais para o enfrentamento dos problemas identificados; valorizar a relação com o usuário e com a família para a criação de vínculo de confiança, fundamental no processo de cuidar; desenvolver processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos e incentivar a formação e/ou participação ativa nos Conselhos Locais de Saúde e no Conselho Municipal de Saúde. (Brasil, 1997, 2000 e 2001)

*Configura-se, também, uma nova concepção de trabalho, uma nova forma de vínculo entre os membros de uma equipe, diferentemente do modelo biomédico tradicional, permitindo maior diversidade das ações e busca permanente do consenso. Tal relação baseada na interdisciplinaridade e não mais na multidisciplinaridade, associada à não aceitação do refúgio da assistência do positivismo biológico, requer uma abordagem que questione as certezas profissionais e estimule a permanente comunicação horizontal entre os componentes de uma equipe. Assim, fazem-se necessárias mudanças profissionais significativas nas abordagens individual, da família e da comunidade, para que ocorra, de fato, a efetiva implantação de um novo modelo da atenção à saúde. (Brasil, MS, 2000)*

O Ministério da Saúde (1997) recomendava que as equipes de saúde da família contemplassem, como atividades principais a visita domiciliar; a internação domiciliar (deve ser utilizada quando as condições clínicas e familiares do paciente permitirem) e os grupos comunitários temáticos (para discutir assuntos relativos ao diagnóstico e alternativas de problemas apontados como prioritários pela comunidade). Das três atividades, a visita domiciliar estava sendo apontada como a principal estratégia de intervenção para cumprir as metas do Programa de Saúde da Família de proteção, promoção e recuperação da saúde da família e da comunidade.

O Ministério da Saúde descrevia, ainda na referida publicação de 1997, a visita domiciliar como um dos fundamentos para a atuação das equipes de unidades básicas de saúde, (...) *com a finalidade de monitorar a situação de saúde das famílias. A equipe deve realizar visitas programadas ou voltadas ao atendimento de demandas espontâneas, segundo critérios epidemiológicos e de identificação de situação de risco.* (p. 14)

Nos Cadernos de Atenção Básica (Caderno 1), publicação do Ministério da Saúde, novamente a visita domiciliar foi citada como um elemento central do Programa de Saúde da Família.

*A visita domiciliar é realizada cotidianamente pelo ACS que garante o vínculo e o acesso ao contexto familiar e social. O resultado de cada visita é repassado à equipe, fazendo com que o encaminhamento de cada caso seja coerente com essa realidade. A visita também tem por finalidade monitorar a situação de saúde das famílias, principalmente daquelas que enfrentam qualquer situação de risco bem como atender às pessoas doentes, que estão acamadas ou têm qualquer ordem de dificuldade para se locomover até a USF<sup>24</sup>. (2000, p. 43)*

Para Takahashi e Oliveira (2000:43), *a visita domiciliar constitui uma atividade utilizada com o intuito de subsidiar a intervenção no processo saúde - doença de indivíduos ou o planejamento de ações visando a promoção de saúde da coletividade.* E é, para essas autoras, um instrumento de intervenção fundamental para o conhecimento das condições de vida e saúde das famílias.

O trabalho com grupos, como estratégia do PSF, exige por parte dos profissionais de saúde e ACS conhecimentos básicos, como a garantia da escuta de todos os participantes, bem como o respeito e o sigilo das informações tratadas no encontro. *Ou seja, o trabalho em grupo é fundamental para a abordagem das questões de saúde coletiva, mas exige capacitação, no sentido de garantir efetivamente uma postura de respeito e troca de vivências, no intervalo das quais, as informações técnicas possam ser transmitidas e elaboradas.* (Brasil, 1997: 43)

---

<sup>24</sup> Unidade de Saúde da Família. A estruturação física do PSF dá-se a partir da USF, unidade pública de saúde que assume a responsabilidade por uma determinada população a ela vinculada, cujas características marcantes são: o seu caráter substitutivo, pois não constitui uma nova estrutura de serviço (substitui práticas tradicionais de assistência em saúde por um novo modelo de trabalho); é parte orgânica do sistema de saúde, dentro dos princípios de integralidade e hierarquização. A USF funciona com territorialização e adscrição de clientela.

Para Santos (2002: 28), *a estratégia de utilização do grupo como um recurso de promoção à saúde, constitui-se como um instrumento capaz de contribuir com a construção de novas práticas interdisciplinares na assistência integral à saúde dos cidadãos*. Pois a dinâmica grupal permite a troca de diversos saberes (técnicos e populares), ao mesmo tempo que aproxima e fortalece vínculos entre os profissionais e usuários dos serviços públicos de saúde.

Para a referida autora, o grupo permite, através do requisito da solidariedade grupal, *um processo de superação física e psicológica de um nível individual para o coletivo, e deste para um outro mais amplo, o social*. (p. 33) No espaço grupal, tanto usuário quanto profissional de saúde têm a oportunidade de partilhar conhecimentos, vivências e emoções, o que pode melhorar as condições para reais modificações emotivas, cognitivas e operacionais, além de desenvolver a consciência do direito à saúde e ao tratamento, como uma conquista não apenas no plano pessoal e individual, mas como uma construção social e política.

Nesse sentido, o trabalho educativo e terapêutico realizado através de grupos - voltados à recuperação da auto-estima, a troca de experiências, apoio mútuo e melhoria do cuidado pessoal, ambiental, familiar e social - possibilita aos participantes, enquanto sujeitos sociais, reagirem conscientemente aos agravos que interferem no adequado desenvolvimento individual e coletivo. E a atuarem, coletivamente, na defesa e na ampliação dos direitos e das políticas públicas não só, mas principalmente nas áreas de educação e saúde popular.

### **2.3.2) A saúde como conceito**

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças. Ao fazer uma crítica a primeira parte desse enunciado - estado de completo bem-estar - Da Ros (2000) reconheceu que não existia dúvidas em relação à saúde ser um objeto de investigação altamente complexo, pois seu entendimento deveria perpassar por três áreas do conhecimento (bio-psicossocial).

O mencionado autor, referenciado em Ludwik Fleck<sup>25</sup> - o qual sem romper com conhecimento como produto da história, argumentou como este é construído, por um determinado coletivo de pensamento dentro de um determinado estilo - propôs-se a entender os estilos de pensamento em saúde pública brasileira

*Os fatos, segundo Fleck, não têm uma existência independente, têm uma construção, desde seu nascimento até seu desenvolvimento, só passam a ser "fatos" a partir de um determinado Estilo de Pensamento (EP)<sup>26</sup>, que elabora uma forma particular de explicação para um evento científico, num determinado contexto histórico-cultural, compartilhada por membros de um Coletivo de Pensamento (CP).(...) Os produtores de conhecimento (dentro de um EP/CP), também chamado de Círculo Esotérico, moldam (realizam uma "suave coerção") os novos-pesquisadores a perceber os "fatos" de uma determinada maneira, que ele chama de introdução a um EP. Os pesquisadores reforçam-se / legitimam-se como os Círculos Exotéricos (os "consumidores" imediatos daquele conhecimento). Passam, então, a receber reconhecimento social por adequar-se àquela forma de ver. (DA ROS 2000: 14)*

Partindo desse entendimento, Da Ros apresentou algumas modificações do conceito de saúde ao longo da história humana: da teoria miasmática à Medicina Social, desta para os conceitos atuais de saúde presentes nos documentos oficiais brasileiros, passando pela teoria bacteriana, a qual prevaleceu soberana durante quase todo o século XX.

Assim, de acordo com Da Ros (2000: 77)

*Quer se tome como referencial a história do Egito, Grécia ou Roma, o começo da saúde pública pautava-se principalmente em higiene, que podia ser, segundo Hipócrates, dos ares, águas e dos lugares. A base teórica fundamentava-se no estudo dos astros e a existência de emanções/miasmas que brotariam dos pântanos, por exemplo, e seriam responsáveis pelas doenças/ epidemias (teoria miasmática ou dos eflúvios) (Rosen, 1994)*

<sup>25</sup> Ludwik Fleck- nascido em 1896, médico e epistemólogo polonês, contribuiu significativamente para o estudo da gênese do conhecimento ou epistemologia do complexo e, em especial da saúde.

<sup>26</sup> Cutulo (1999) assim definiu o EP: Como um modo de ver, entender e conceber; processual, dinâmico, sujeito a mecanismos de regulação, determinado psico/social/histórico/culturalmente, que leva a um corpo de conhecimentos e práticas compartilhadas por um coletivo com formação específica. Já Da Ros (1999) definiu EP como : uma postura teórico-metodológica de aceitação de uma verdade provisória que subordina conhecimentos. Tal postura é determinada histórico - sócio - culturalmente e, embora se movimente continuamente, apresenta resistências a transformações. Neste contexto, desenvolve uma aparente lógica formal, a partir de áreas do conhecimento científico, nascendo, portanto, do "velho" para criar o novo. E isto é feito dentro de um coletivo que tem o mesmo modo de pensar e agir. (DA ROS, 2000: 58)

Neste contexto, a boa saúde estava vinculada ao cuidado e manutenção da limpeza e higiene em casas e cidades (como a construções arejadas, distribuição de água potável, eliminação de dejetos), para evitar as doenças.

Com a expansão da indústrias, foram aparecendo novos tipos de patologias decorrentes da maneira como estava estruturada o incipiente modo de produção capitalista (por volta de 1800). Neste contexto, que surgiu a teoria da Medicina Social<sup>27</sup>, que se tornou hegemônica nos movimentos revolucionários que aconteceram na Europa no século XIX.

Em 1848, Virchow, considerado o pai da Medicina Social, afirmou que as doenças eram causadas pelas más condições de vida e, junto com colaboradores, formulou alguns princípios bem definidos. *O primeiro desses princípios dizia que a saúde do povo é um objeto de inequívoca responsabilidade social. A sociedade tem obedecer e assegurar saúde a seus membros.* (Rosen, 1979: 81). O segundo princípio mencionava que (...) *as condições econômicas e sociais têm um efeito importante sobre a saúde e a doença e que tais relações devem ser submetidas à investigação científica.* (Ibidem: 82) A partir desses dois, concluiu-se que (...) *devem ser tomadas providências no sentido de promover a saúde e combater a doença e que as medidas concernidas em tal ação devem ser tanto sociais quanto médica* (ibem: 85); sendo este o terceiro princípio contido na medicina como ciência social, reconhecido por Virchow e seus colaboradores.

De acordo com Da Ros (2000), entre 1880-1905 o avanço teórico-científico em vários campos de conhecimento distintos - como a patologia, a química, a fisiologia, principalmente a microbiologia, promoveu uma verdadeira revolução no conhecimento médico. A partir desses avanços, houve uma fragmentação do conhecimento em áreas e, seja por esse motivo ou por interesse do modo de produção capitalista, perdeu-se a força do entendimento de saúde como uma questão com determinantes sociais. Desse modo, rompeu-se com o movimento da Medicina Social (que defendia que o social era um dos determinantes do processo de adoecimento individual e coletivo) e estabeleceu-se uma visão de doença como induzida unidirecionalmente pelo exterior (agente patogênico), como consequência, desenvolveu-se todo um arsenal para combater e eliminar os agentes causadores de doenças.

---

<sup>27</sup> Gestada desde do século anterior, quando " (...) vários médicos reconheceram a necessidade de abordar a medicina e a higiene, levando em consideração sua inserção no social. (Rosen, 1979:78)



Nas Américas, inclusive no Brasil, houve uma clara influência do modelo europeu (misto de higiene com medicina social) até meados do século XIX. As teorias que orientavam as ações em saúde no país foram determinadas pela Igreja Católica, que realizava dias de penitência e orações (uma mescla da concepção religiosa, higienista e estatística), auxiliada por uma pequena parcela de recursos do Estado, repassada para as províncias (com seus homens de bem - planejadores/administradores de saúde da época). Delegavam-se responsabilidades, mas com cortes permanentes de verbas os municípios legislavam sobre saúde, mas pouco conseguiam fazer.

De acordo com Da Ros (2000), até o início do século XX, praticamente inexistiam ações em saúde coletiva no Brasil. Somente, em 1903<sup>28</sup>, com a nomeação de Oswaldo Cruz para a direção da Saúde Pública Brasileira, tiveram início as primeiras campanhas preventivas em saúde, como a vacinação obrigatória, as operações mata-mosquito, a limpeza urbana, que imediatamente reduziram as taxas de febre amarela, peste e varíola. As ações de saúde desse período foram influenciadas pela epidemiologia clássica - a qual desconsiderava as determinantes sociais no processo de adoecimento, que prevaleceu até os anos 60. Após a implantação da ditadura militar, as ações de saúde no Brasil centraram-se no modelo flexneriano<sup>29</sup>, com cinquenta anos de "atraso" em relação aos EUA, com uma perspectiva de saúde marcadamente biologicista e individualista.

Na década de 70, o Movimento Sanitário combateu veementemente essa concepção hegemônica de saúde. Mas, somente com a realização da VIII CNS, que se conseguiu assegurar uma conceituação abrangente para a saúde como *resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim antes de tudo o resultados das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.* (Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde. Em: COMISSÃO NACIONAL DA REFORMA SANITÁRIA: DOCUMENTO 1, 1986)

Corroborando essa definição, Fantin (2000: 11) escreveu:

---

<sup>28</sup> No Governo de Rodrigues Alves

<sup>29</sup> Reforma flexneriana - Reforma no Ensino da Medicina Norte-americana (positivista, centrada no hospital, fragmentada em especialidades médicas e biologicista). (Da Ros, 2000)

*Nas experiências populares de educação, cujo eixo central é a luta por saúde, a concepção de saúde-doença tem sido a mais ampla possível e ganha novos enfoques. Permeia uma concepção ampla dos determinantes de saúde, desde o cuidado com o corpo até a visão de saúde associada à terra, à moradia, às políticas agrícolas e políticas sociais, ao meio ambiente, à qualidade de vida, educação, solidariedade, cooperação, arte, participação e cidadania. Esse redimensionamento do sentido do que é saúde provoca uma ampliação do sentido da luta, não restringindo seus espaços e reivindicações apenas em torno da saúde, mas articulando-a com a sociedade, vinculando a luta por saúde num contexto pela cidadania*

Neste trabalho, considero que essas duas últimas definições foram as mais aproximadas do entendimento de saúde como um conceito complexo, abstrato, que foi se construindo historicamente, com peculiaridades presentes nos / dos diversos contextos sócio-culturais brasileiros e de outros países, numa perspectiva que congregou e interrelacionou as diferentes dimensões do ser humano: biológico, psicológico e o social, na qual os autores defendem que deve estar assentada o Programa de Saúde da Família.

Em estudos realizados por Bosi e Affonso (1998: 358- 360) na cidade do Rio de Janeiro<sup>30</sup> e Mascarenhas et alli (2003: 32), numa comunidade do município catarinense chamado Biguaçu<sup>31</sup>; foi identificada (nas falas das pessoas entrevistadas) uma pluridimensionalidade do conceito de saúde, que ultrapassou o viés meramente biológico.

Fundamentadas em Mynaio (1988), Bosi e Affonso (1998: 358) citaram algumas dimensões que apareceram nas explicações formuladas pelos usuários entrevistados, que foram de ordem natural, psicossocial, sócio-econômico e sobrenatural. Nesse modelo, *a causação natural refere-se à relação entre a saúde e os fenômenos da natureza; a sócio-econômica, às condições materiais de existência (salário, alimentação, as relações de trabalho etc.); a psicossocial, aos sentimentos e emoções e, finalmente, a sobrenatural ao domínio metafísico, espiritual.*

No estudo de Mascarenhas et ali (2003: 33) apareceram nos discursos dos entrevistados, o que eles denominaram de subcategorias da categoria saúde, tais quais: ■

<sup>30</sup> O estudo desenvolveu-se junto aos usuários que freqüentavam as Unidades de Saúde pertencentes à Área Programática 3.1 (AP -3.1) do Município do Rio de Janeiro, sendo que a referida área abrangia a região da Ilha do Governador e Leopondina (38 bairros e 84 favelas), com uma população estimada de 14,5% da população total do Município do Rio de Janeiro. (Carvalho, 1991 Em: Bosi e Affonso, 1998: 356)

<sup>31</sup> A pesquisa foi realizada nos bairros Rio Caveiras e Praia João Rosa, que tinham uma população caracterizada por famílias de classe média e baixa, algumas delas migrantes de outras regiões do estado catarinense e de outros estados brasileiros.

Hábitos e Estilo de Vida Saudável, que concentra as citações referentes a uma alimentação rica e variável, dormir bem, ter cuidados de higiene, praticar exercícios físicos e não ter vícios ou stress ■ Capacidade Funcional e Utilitária do Corpo ■ Ausência de Doença ■ Assistência Médica, como acesso ao tratamento médico ou de doenças, nos serviços de saúde públicos ou privados. ■ Bem-Estar ■ Fator Primordial ou o aspecto mais importante da vida e ■ Graça Divina, indica uma saúde que coexiste com a presença de uma enfermidade que exige tratamentos e cuidados preventivos, apesar das limitações orgânicas. Os autores pontuaram que as categorias "Bem-estar" e "Fator Primordial" demonstraram definições mais relacionadas à qualidade de vida das pessoas, considerando um aspecto positivo para a saúde.

Ao discutirem os resultados dos dados coletados, os pesquisadores perceberam que as expressões utilizadas pelos entrevistados em suas concepções de saúde, doença, família saudável, entre outras categorias, estavam impregnadas por *representações, frutos da realidade social que vivenciam*. (ibidem:31). Concepções estas, bastantes similares às apresentadas pelas pessoas entrevistadas nesse trabalho de pesquisa. (Vide Percurso Analítico)

### 2.3.3. As diversas definições de família

Neder (2000: 27), apontou a necessidade não só do(a) pesquisador(a), mas do(a) cientista social considerar as multiplicidades étnico-culturais que constituem a composição demográfica brasileira. Nesse sentido, a autora defendeu que:

*(...) uma prática social e política, seja de caráter privado ou público (que considere as diferenças étnico-culturais que constituem substratos históricos que não podem ser ignorados neste fim de século), pode elucidar e apontar caminhos mais eficientes, seja na condução de uma política educacional comprometida com o sucesso escolar, seja na formulação de outras políticas que visem a construção de estratégias de controle social e do disciplinamento de uma ordem social democrática.*

Assim, Neder (ibidem) pontuou que os profissionais da educação, saúde ou qualquer outra instituição social “deveriam ser informados” que as famílias-padrão (tomando-se por base um modelo hegemônico de família tradicional, patriarcal, burguesa, de origem europeia, introduzido no país a partir do processo de urbanização/industrialização brasileira no início do século XX) convivem no mesmo contexto geosócio-histórico de

outras famílias pouco conhecidas e estudadas, cujas famílias provenientes de várias origens sociais, como as indígenas, semitas e africanas (matriarcais, poligâmicas, entre outras). A autora defendeu que, para a realidade brasileira seria inviável falar de um modelo-padrão de organização familiar, sendo mais acertado trabalhar com a idéia de famílias brasileiras.

Vasconcelos (2001: 104), identificou que nas classes populares, as famílias, muitas vezes, apresentavam (ou vêm apresentando) a função de previdência social, devido a precariedade de recursos e o abandono assistencial dos órgãos governamentais. Diferentemente do que acontece com os profissionais da área da saúde, geralmente provenientes da classe média, na qual a sociabilidade passa sobretudo pelas relações profissionais e de lazer, as classes populares dependem fundamentalmente da rede de apoio da vizinhança e de parentesco. Para esse autor, a instabilidade no emprego e das relações com outras instituições de serviços urbanos, fez (continua fazendo) com que o lugar de moradia seja um ambiente onde as relações pessoais tornam-se mais duradouras e com maior vínculo afetivo. (...) *Ali o fato de alguém estar desempregado não significa que deixe de ser filho de fulano, irmão de sicrano e amigo de beltrano.* Essa rede de apoio material e afetivo, possibilitaria, segundo o autor a sobrevivência do grupo.

*O âmbito familiar é o lugar onde acontecem e se administram os cuidados básicos com o corpo, ocupando, portanto, papel central na formação e preservação biológica dos indivíduos. É também onde se transmitem os ensinamentos mais fundamentais para o convívio social. Mais ainda, sendo lugar privilegiado de vivência do afeto, da intimidade e propiciando o sentimento de pertencimento, tem papel fundamental na formação da identidade do indivíduo e na construção da noção de cidadania na sociedade” (Ibdem: 151)*

De acordo com o autor, a família nas classes populares atuais desempenha um papel fundamental para a sobrevivência do corpo físico, psíquico e social. No entanto, não se pode esquecer que nas famílias - seja de classes populares ou mais abastadas - também encontram-se registros de situações de negligência e violências físicas, psicológicas e sociais, tão danosas ao desenvolvimento de seus membros mais fragilizados, como as crianças, os idosos, os enfermos e as gestantes, por exemplo. O desemprego, o alcoolismo, a drogadição, a delinquência juvenil, o tráfico de entorpecentes, a violência urbana, as condições de miserabilidade também foram apontadas pelos estudiosos como as principais causas da violência doméstica que assola milhares de lares brasileiros.

No livro “Conformismo e Resistência”, Chauí (1994: 144-5) escreveu:

*(...) é na família que se elabora um conhecimento sobre o espaço, o tempo, a memória, a transmissão de conhecimentos e de informações, que se compensa a pouca escolarização com outros aprendizados transmitidos oralmente e por contato direto. E, sobretudo, em decorrência da falta de tradição associativa (...) é na família que se elabora um conhecimento crítico da sociedade, uma avaliação das classes sociais, as dimensões da espaço social e do tempo histórico, da condição presente e das possibilidades de modificá-la. Possui uma “estratégia de sobrevivência”, para o presente e constrói um “projeto para o futuro”, além de avaliar o que foi seu passado (...) A família se apresenta, portanto, como mescla de conformismo às exigências sociais e como forma fundamental de resistência contra essa mesma sociedade no interior dessa mesma sociedade...”*

Partindo do entendimento de que na família, em geral, é que se estabelecem os primeiros contatos sociais e que, em nossa sociedade atual, a ela é delegada a função de nutrição alimentar, material, cultural, mental, emocional e espiritual, além da segurança, da proteção e do acolhimento de seus membros, considero o sistema familiar uma categoria imprescindível dentro da temática proposta.

Desse modo, entendo que a família como um sistema marcado por contradições, em que acontece o acolhimento e o rechaço, o cuidado e a negligência, a solidariedade e a violência, o adoecimento e a saúde, o conformismo e a resistência às restrições e imposições das políticas de assistência social, mais especificamente, as políticas de saúde pública, penso que as famílias de classes populares tornaram-se importantes sujeitos de investigação na área de educação em saúde.

Angelo e Bousso (2001) mencionaram a necessidade de se levar em consideração as crenças e opiniões que as próprias famílias têm sobre o significado da expressão “família”, mesmo que o Programa de Saúde da Família cadastre somente os membros familiares que residam na sua área de abrangência.

*(...) Assim, pode-se considerar a família como um sistema ou uma unidade cujos membros podem ou não estar relacionados ou viver juntos, pode conter ou não crianças sendo elas de um único pai ou não. Nela existe um compromisso e um vínculo entre os seus membros e as funções de cuidado da unidade consistem em proteção, alimentação e socialização. (2001: 14)*

Essas autoras enfatizaram a importância da equipe de saúde conhecer o modo como as famílias estruturam-se e organizam-se na divisão da responsabilidade pelo cuidado de

seus membros, no intuito de (...) *juntamente com ela, pensar e implementar a melhor assistência possível.* (Ibdem: 15)

Para tal, ressaltaram a necessidade dos profissionais de saúde perceberem a família de maneira integral e articulada com diversas redes (de apoio - vizinhos, parentes, amigos; institucionais - igrejas, clubes, escolas, posto de saúde, etc e legais), sem perder de vista o processo (saúde/doença) de cada um de seus membros.

Com um entendimento similar, Wagner et alli (s/d: 01) mencionaram que:

*O trabalho em saúde da família, como modelo de atenção primária, deve considerar a família como locus básico de atuação. As técnicas utilizadas para executar o trabalho devem basear-se na realidade local, construindo um fazer consistente que implique a melhoria dos indicadores de saúde da comunidade e obtendo a satisfação não só da população atendida como também da equipe que executa a proposta.*

Os autores defenderam que as técnicas para trabalhar com famílias constituem um leque de ações que permite compreendê-las e auxiliá-las a viver melhor o seu potencial, além de fornecerem às equipes instrumentos de trabalho práticos e lógicos que constituiriam a base para a promoção do autocuidado, para a eficiência e resolutividade em saúde. Desse modo, apresentaram didaticamente as diferentes etapas do trabalho em saúde da família: Associação, Avaliação, Educação em Saúde, Facilitação e Referência.

Wagner et alli (s/d) escreveram que se associar ao paciente e a sua família tornou-se um requisito fundamental para a construção do processo terapêutico. Para isso, faz-se necessário que o profissional respeite a realidade e as crenças de seus pacientes, familiares e da comunidade onde trabalha. Referenciados em Paulo Freire, os autores pontuaram que a percepção das experiências pessoais tornar-se imprescindíveis para a construção de uma comunicação efetiva entre as pessoas. *Para que esta comunicação ocorra é preciso que ela se baseie na realidade vivida e seja de complexidade adequada à pessoa que se pretende atingir.* (p. 02).

Depois da construção da associação, é importante avaliar as famílias através de instrumentos de análise que permitam perceber o modo de funcionar desse grupo. Através dessa análise pode-se explicitar *linhas de poder e decisão da família, seu modo de perceber o processo de saúde e doença, seus recursos naturais, seus apoios internos e comunitários.* (ibdem) Essa análise propicia, também, o planejamento de uma proposta de

intervenção, fundamentada na identificação das crenças familiares que interferem no processo de adoecimento - saúde.

Na opinião dos autores, a compreensão da maneira como a doença é percebida e combatida pelos diversos membros da família, o papel que os componentes enfermos ou sadios desempenham no sistema familiar e a identificação das crenças, dos gostos e das estruturas familiares permite que o profissional de saúde amplie seu olhar sobre esse sistema e, juntamente com a família, construa estratégias de enfrentamento a doenças e de promoção à saúde. Dentre as ferramentas de avaliação utilizadas e citadas pelos autores, cita-se três: o Genograma<sup>32</sup>, o Ciclo de Vida e a Rede Social.

Ainda segundo Wagner et alli (s/d), o passo seguinte do trabalho com as famílias é o processo de educação em saúde, que, através de uma comunicação adequada, deve priorizar o desenvolvimento do auto-cuidado e de hábitos mais saudáveis de vida. Para esses autores, a antecipação de situações que permita à família e ao paciente compreender o processo de adoecer e com isto, impor alterações e restrições a suas vidas; bem como os momentos de informação e de formação, podem ser consideradas como algumas das principais metas e ações do profissional de cuidados primários de saúde. Outro item importante do trabalho das equipes é a facilitação da comunicação entre os membros da família (que necessita a compreensão de como funciona esse grupo em suas relações de poder e suas formas de comunicação).

*Segundo a teoria sistêmica, as pessoas tendem a manter, através de seus mecanismos de controle negativo, as regras e as posições que ocupam na estrutura. Isto com frequência leva a bloqueios na comunicação, que compõem a base de situações de estresse desencadeantes do processo de adoecer.(p. 04)*

Por fim, a última etapa de trabalho com as famílias, citada por Wagner et ali (s/d) é a referência para os níveis de maior complexidade, que exige dos profissionais uma

---

<sup>32</sup> Genograma - instrumento gráfico que auxiliar na identificação de padrões de repetição e de doenças e comportamentos, que permite visualizar as ações a serem desenvolvidas pela família. O Ciclo de Vida das Famílias - Permite identificar situações onde os surgimento de disfunção é mais freqüente, como as fases de transição (nascimentos de filhos, passagem para a adolescência, morte dos membros mais idosos, entre outras). A análise do Ciclo de Vida das Famílias permite auxiliá-las na compreensão das tarefas a serem cumpridas para passar esses períodos. A Rede Social - Permite visualizar os apoios e as crenças das famílias e, identificar as pessoas chaves para a busca de apoio e amparo e da base cultural da qual está inserida a família atendida.

exposição de motivos e de resultados a serem alcançados com o encaminhamento, bem como o acompanhamento do paciente e de sua família durante o tratamento.

Em síntese, os autores - citados nesse trabalho -, que desenvolveram estudos sobre famílias, pontuaram a importância do pesquisador ou profissional reconhecer as multiplicidades de estruturas e funcionamentos dos diversos sistemas familiares e de respeitar as relações, crenças, valores, culturas e contradições que permeiam cada sistema (que é único na sua maneira de se organizar e atuar com outros sistemas).

Conhecer as famílias e estabelecer uma relação de respeito e de confiança com as mesmas é um desafio a mais para o profissional de saúde da família que esteja comprometido com a formação de parcerias para o desenvolvimento de ações de prevenção e promoção em saúde, que contemplem a participação e a educação popular como metas essenciais de seu trabalho.

## **2.4) Outros Conceitos Importantes para o PSF: Participação e Educação em Saúde**

### **2.4.1) Sobre a Participação em Saúde**

Oliveira e Silva (2000) fundamentadas em Carvalho (1995) contextualizaram sócio-historicamente três momentos distintos de participação em saúde, a saber: Participação Comunitária; Participação Popular e Participação Social.

Para as referidas autoras, a Participação Comunitária estabeleceu-se nos anos 50, num contexto mundial no qual se vivenciava a "guerra fria" e os processos de industrialização e de urbanização acelerados. No Brasil implantavam-se as "políticas de ajudas" norte-americanas, com a promoção de programas de desenvolvimento econômico e social, propondo participação comunitária e introduzindo novas tecnologias voltadas para a melhoria da qualidade de vida por meio da organização comunitária.

Este estilo de participação fundamentou-se numa perspectiva funcionalista de comunidade como social e culturalmente homogênea, com uma suposta predisposição à solidariedade, ao espírito coletivo e de trabalho voluntário. No campo da medicina comunitária brasileira, a participação comunitária teve um papel minimamente ativo no esforço de busca da saúde pública. Nesse contexto, (...) *a participação é fetichizada como passaporte para as melhorias sociais*. (Carvalho<sup>33</sup> apud Oliveira: 16) e aparecia mais nas

---

<sup>33</sup> CARVALHO, Antônio Ivo. Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: Editoras IBAM / FASE, 1995



decisões que nas ações. Assim, *a participação comunitária tem intrínseca a idéia de solidariedade, sem necessariamente manifestar um caráter reivindicativo.* (Silva, 2000: 58)

Ainda de acordo com Oliveira (2000) e Silva (2000), no Brasil dos anos 60, aconteceu o deslocamento da economia para os grandes centros urbanos (industrialização). No campo da saúde estabeleceu-se um modelo médico assistencialista privatista - hegemônico de meados de 60 até meados de 80, no qual o Estado configurou-se como financiador do sistema, através da Previdência Social.

Contudo, na década de 70 começaram a propagar na América Latina, através da mediação das agências internacionais de saúde, programas de extensão da assistência centrados em metas de ampliação da cobertura das ações primárias em saúde e metodologias de medicina comunitária. *Nesse período, a idéia de participação era nuclear, sendo aproveitado o trabalho da população nas ações sanitárias, quanto na organização da comunidade como possibilidade de transitar para melhorias sociais.* (Oliveira, 2000: 18) Assim, a participação deixa de ter objetivo nela mesma para ser *instrumento de luta pela ampliação do acesso aos meios de saúde.* (Carvalho<sup>34</sup> apud Silva, 2000: 59), configurando o que as autoras classificaram como Participação Popular.

Um outro estilo de participação - chamado de Participação Social, surgiu no Brasil ao final da década de 70, segundo Oliveira (2000) e Silva (2000), a partir das amplas discussões e manifestações sociais em prol do fim do regime ditatorial e do início da redemocratização do país, cujas discussões mobilizaram os diversos segmentos e grupos sociais e originaram propostas centradas na (re)definição de políticas sociais, que combatessem as enormes desigualdades sociais e a miserabilidade que assolavam a sociedade brasileira. No campo da saúde, originou-se e difundiu-se um pensamento crítico em saúde que veio a constituir-se no chamado Movimento Sanitário, o qual oportunizou um espaço de enfrentamento a lógica dominante na área de saúde, combatendo o complexo médico-industrial. (Oliveira, 2000).

*A categoria central deixa de ser a **comunidade** ou o povo e passa a ser a **sociedade**. A participação pretendida não é mais a de grupos excluídos por disfunção do sistema (comunidades), nem a de grupos excluídos pela lógica do sistema (povo marginalizado), e sim a do conjunto de indivíduos e grupos sociais, cuja diversidade*

---

<sup>34</sup> CARVALHO, Antônio Ivo de. Conselhos de saúde no Brasil. Rio de Janeiro, 1994, 163 p. (Dissertação de Mestrado. ENSP / FIOCRUZ, 1994)

*de interesse e projetos integra a cidadania e disputa com igual legitimidade espaço e atendimento pelo aparelho estatal.*(grifos da autora) (Carvalho apud Silva, 2000: 61)

Essa forma de participação evidenciou as novas configurações da relação Estado-Sociedade, sendo que uma de suas principais características foi a tendência à institucionalização. No Brasil, o marco deste tipo de participação foi a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu após um amplo processo de mobilização nacional, começando com as conferências municipais, estaduais até chegar a nacional, oportunizando, desse modo, a participação dos diversos setores organizados da população (associação de moradores, setores sindicais, entre outros), os quais serviram de base para a organização dos Conselhos e Conferências da forma como atualmente estão instituídos.

Nesse contexto, a participação social no sistema de saúde brasileiro ficou garantida legalmente através de duas instâncias colegiadas: as Conferências e os Conselhos de saúde (nas três esferas governamentais). A participação dos usuários dos serviços públicos de saúde ficou assegurada através da representação paritária nos Conselhos de Saúde Nacional, Estaduais e Municipais, assim distribuídos: 50% usuários; 25% representantes do governo ou prestadores de serviços públicos/privados; 25% representantes dos trabalhadores da saúde.

Entretanto, Silva (2000) ponderou que a legalização das estruturas dos Conselhos de Saúde que privilegiou a representatividade dos usuários dos serviços públicos de saúde, poderia estar escamoteando uma diminuição da responsabilidade do Estado, com o conseqüente aumento de responsabilidade para a sociedade civil e do estabelecimento de uma política neoliberal.

Por outro lado, de acordo com Oliveira (2000) alguns focos de resistências a essa política persistiram e exigiram que o Estado assumisse suas responsabilidades na concretização dos direitos sociais. Desse modo, apesar de todas as contradições observadas, a ocupação desses canais institucionais de participação na Saúde, influenciou significativamente na materialização das garantias constitucionais.

Valla (1998), apontou que mesmo como posições teóricas distintas, os estudiosos do tema concordavam que o termo participação popular referia-se a uma concepção populacional mais ampla do que apenas o movimento sindical ou a política partidária,

referindo-se mais às classes populares, embora também pudesse contemplar a participação da classe média

Nesse artigo, o autor relacionou o surgimento das políticas públicas<sup>35</sup> no Brasil com o início da discussão mais sistemática sobre participação popular nos anos 30 e 40. Nesse momento histórico, a expansão das indústrias e da urbanização fez com que surgisse a necessidade de um Estado<sup>36</sup> provedor de toda a população, capaz de resolver a problemática urbana, que parecia crescer sempre mais, a fim de garantir a constante e crescente reprodução capitalista e resolver as contradições que advinham da participação popular nesse processo.

Desse modo, o autor ponderou que várias perspectivas teóricas utilizavam-se da terminologia participação popular e que, mesmos nos discursos oficiais, sua definição tornava-se ambígua e pouco esclarecedora. Ao escrever sobre esse tema, Valla (1998: 09) citou uma passagem de sua própria autoria:

*De forma geral, participação popular compreende as múltiplas ações que diferentes forças sociais desenvolvem para influenciar as formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas e/ou serviços básicos na área social (saúde, educação, habitação, transporte, saneamento básico, etc.). Outros sentidos mais correntes de participação são a modernização, a integração dos 'grupos marginalizados' e o mutirão. (Valla, 1993)*

Sendo que para esse autor, a Modernização - como novas formas de produzir e consumir tecnologias, as quais, em tese, deveriam promover mudanças significativas que facilitariam e melhorariam a qualidade de vida de toda a população. Entretanto, na tentativa de se "inserir" os grupos marginalizados, esse tipo de participação obscureceu o fato de que estes grupos sempre estiveram e fizeram parte da sociedade, porém participando desigualmente na distribuição das riquezas nacionais.

Outra forma de participação popular muito utilizada, citada por Valla (1998) tem sido o mutirão, no qual a população dos bairros periféricos ou favelas, em geral, vem sendo

---

<sup>35</sup> Valla, fundamentado em Moisés (1985), refere-se a políticas públicas como a participação do Estado na montagem da infra-estrutura necessária à superconcentração de atividades produtivas nas grandes metrópoles brasileiras (1998: 08)

<sup>36</sup> Valla define o Estado Moderno como um prestador de serviços e não apenas um garantidor das situações conquistadas pelos particulares. E para prestar os serviços com a melhor qualidade possível, faz-se necessária a arrecadação de impostos e taxas, cujo resultado é a verba pública; cujos gastos vão em duas direções : consumo coletivo (educação, saúde, saneamento básico, transporte, etc.) e a infra-estrutura industrial (rodovias, ferrovias, barragens, usinas, etc.). (1998: 08)

convidados a investir tempo, trabalho e dinheiro em ações e obras que deveriam ser responsabilidade dos governos municipais, estaduais e federal, os quais por resolverem autoritariamente sobre a qualidade e quantidade dos serviços básicos e, por não darem conta da demanda, "convocam" a sociedade civil a ajudar. Com essa estratégia, o Estado acaba culpabilizando a cada indivíduo/grupo social pelo insucesso das medidas preventivas, fenômeno que recebe a denominação de *culpabilização da vítima* (Valla, 1992, 1998), o qual, segundo o autor, é acirrado pela *ditadura da urgência*<sup>37</sup>.

*A participação popular difere-se da modernização, mutirão, etc, por ser uma participação política das entidades representativas da sociedade civil em órgãos, agências ou serviços do Estado responsáveis pelas políticas públicas na área social. Esta participação se de um lado legitima a política do Estado diante da população também abre um canal para as entidades populares disputarem o controle e o destino da verba pública.* (Valla, 1998: 10)

No caso específico da saúde, a participação popular assumiu um importante papel nas formulações da VIII Conferência Nacional de Saúde, redigidas e institucionalizadas pela Constituição Federal de 88. Mas, a criação e legitimação da participação popular, através da legalização dos Conselhos nas três esferas de governo, não vêm modificando efetivamente a realidade dos serviços públicos de saúde. No entanto, para Valla (ibdem), a participação popular pode fazer sair do papel os direitos conquistados e impulsionar as mudanças necessárias para sua concretização.

Fantin (1997:28), apresentou um entendimento similar para participação popular:

*O processo de participação popular é um processo de construção, disputa e reconstrução da capacidade, do saber, da dignidade e da cidadania dos grupos marginalizados. A experiência de participação é entendida como aproximação com outros valores, culturas, conhecimentos e práticas. Resulta em trocas que potencializam a apropriação de novas práticas, com maior coerência entre o projeto da cidadania e o fazer cotidiano.*

Desse modo, a autora definiu participação como um dos elementos da construção da cidadania, que implica em determinados direitos, deveres, bem como no/do fortalecimento dos espaços de decisão; tendo em vista que (...) *o exercício da cidadania pressupõe o*

---

<sup>37</sup> A falta de investimentos na infra-estrutura do consumo coletivo leva grande parte da população a viver num constante estado de emergência, com a discussão sobre as causas sendo adiada, devido a necessidade de solução das conseqüências. (Valla, 1998)

*exercício da participação dos cidadãos em vários espaços da sociedade. As experiências de participação fortalecem as lutas pela cidadania. (Ibdem)*

O ato de participar não é um ato solitário, de isolamento, ao contrário, precisa de um outro para se efetivar. É um ato que faz parte da condição humana de ser social. Por existir somente numa situação coletiva, o ato de participar é um ato político e educativo.

Como ato político, a participação em saúde decorre de um processo histórico e dinâmico, que foi construído nas lutas reivindicativas pelo acesso às condições mínimas de sobrevivência (acesso à água encanada, à iluminação pública, ao calçamento das vias públicas, coleta de lixo, entre outras); pela materialização dos direitos garantidos em lei (à saúde, educação, habitação, segurança, entre outros) e, principalmente pela conquista da cidadania (tornar-se sujeito de direitos e deveres).

Desse modo, o processo de estabelecimento de novas políticas públicas em saúde no Brasil - através da criação e implementação do SUS, em uma das diretrizes doutrinárias pautou-se no controle social realizado através da representatividade e participação de membros da comunidade - trouxe como um importante destaque a participação como ato político. Essa forma de participação, entretanto, só se torna possível quando os diversos sujeitos e grupos sociais se dispuserem a efetivamente se co-responsabilizarem pela fiscalização, pelo planejamento, pela avaliação das decisões efetuadas pelo órgão público competente.

De forma análoga, faz-se necessário que os profissionais de saúde se disponham a dialogar e compartilhar com os membros da comunidade em que atuam, a fim de decidirem, conjuntamente, sobre as estratégias que melhor atendam às demandas da população.

Para que o ato participativo seja realmente politizado, fazem-se necessários o conhecimento e a compreensão exata do que se está pleiteando, negociando e ou decidindo por uma coletividade. Exige-se de quem participa, um conhecimento crítico, aberto, reflexivo e que considere a importância dos diferentes saberes e práticas construídos cotidianamente. Nesse sentido, participar politicamente é um ato educativo, que deve privilegiar a conscientização dos indivíduos.

Em saúde, distingui-se duas formas de participação social: ativa (consciente, crítica ou política) e espontânea ou involuntária. Nesta última existe a utilização "passiva" dos

serviços de saúde. Desse modo, é possível participar ao comparecer a uma consulta médica, seja no posto de saúde ou no hospital; ao realizar um exame laboratorial; ao receber a visita do médico ou do agente comunitário de saúde e fornecer seus dados pessoais e familiares para atualização do cadastro. Participa-se através das queixas realizadas no balcão de atendimento ao público das unidades de saúde, na doação de sangue ou até mesmo na indicação de um chá ou um remédio caseiro para um amigo ou vizinho. Participa-se nas ausências, nos silêncios, nos compromissos, nas submissões, nas reclamações espontâneas e solitárias ou nos desabafos queixosos com os amigos. O processo de participação espontânea é inerente a vida social.

Na participação social ativa (ou participação cidadã ) há o envolvimento efetivo e organizado dos membros de uma comunidade, através da utilização dos espaços associativos, religiosos, desportivos, comunitários que visem discutir as falhas e possíveis soluções no que tange as melhorias das condições de vida e saúde de uma coletividade. Nesse sentido, uma comissão de moradores reivindicando junto ao poder público uma área "verde", como por exemplo um parque, como opção para as pessoas de diversas faixas etárias de uma determinada comunidade aproveitar os seus momentos de lazer, pode proporcionar uma significativa mudança para comportamentos considerados saudáveis (do sedentarismo a caminhadas, do vídeo-game para brincadeiras de roda, jogos com bola, entre outras).

A participação ativa, organizada em entidades ou grupos institucionalizados (como Associação de Moradores, Associação de Pais e Professores (APP), Conselhos Locais de Saúde, Conselhos Municipais de Educação e Saúde, entre outros) representa pelo menos em tese, o envolvimento da população na formulação, execução e avaliação de políticas públicas, bem como o controle das ações dos gestores e demais órgãos públicos. No entanto, para que efetivamente ocorra a participação ativa dos setores populares, faz-se necessária uma ação educativa comprometida com a libertação e a transformação individual e coletiva, desveladora de verdades e que busque efetivamente formar cidadãos cômicos de seus direitos e deveres.

## **2.4.2) A Educação em Saúde**

### **2.4.2.a) Um breve histórico**

Vasconcelos (2001: 25) escreveu que *a educação em saúde é o campo de prática e conhecimento do setor saúde que se tem ocupado mais diretamente com a criação de vínculos entre a ação médica e o pensar e o fazer cotidiano da população*. Assim, diversas concepções e práticas marcaram a história da educação em saúde no Brasil.

Segundo Vasconcelos, as primeiras amplas medidas voltadas para a saúde das classe populares relacionavam-se ao combate de epidemias (como a varíola, peste e febre amarela), no final do século XIX e início do século XX, as quais traziam grandes transtornos para a plantação e exportação do café. Nesse contexto, aconteceram as primeiras práticas de educação para a saúde, nas quais predominava a imposição de normas e medidas de saneamento consideradas científicas.

Com a expansão das indústrias e o processo de urbanização brasileiros, surgiu uma classe média mais independente das oligarquias rurais, o que possibilitou o surgimento de propostas menos autoritárias de intervenção na saúde da população. Apesar de não contar com o apoio governamental, foram feitas várias campanhas voltadas para o saneamento do interior, com uma política de educação para a saúde voltada para o controle de endemias (que eram as responsáveis pela apatia das massas populares). As propostas educativas tinham um caráter menos autoritário, mas ainda eram interventivas e unilaterais: *os técnicos tinham um saber científico que devia ser incorporado e aplicado pela população ignorante*. (Vasconcelos, 2001: 26)

A partir de 1930, ainda segundo Vasconcelos, a ação estatal no setor saúde concentrou-se na construção de um sistema previdenciário destinado às categorias de trabalhadores politicamente mais organizados. Assim, as ações em saúde coletivas foram esvaziadas em prol da expansão da cobertura aos atendimentos individualizados. No âmbito da saúde coletiva, continuou-se a priorizar o combate às doenças infecciosas e parasitárias, principalmente na região amazônica (produtora de borracha e manganês). Introduziu-se na região amazônica e no vale do rio Doce, o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), sob organização do comando militar norte-americano, com novas tecnologias de medicina preventiva. Por conseguinte, foram introduzidas novas técnicas de difusão de informação e manipulação, que consideravam a população incapaz de agir por própria conta.

Para Vasconcelos (2001) , contraditoriamente, o período ditatorial pós-64, criou condições para experiências de educação em saúde diferente do que vinha sendo realizado no país até então, pois em suas palavras:

*Nos subterrâneos da vida política e institucional se vai tecendo a estrutura de novas formas de organização da vida política. Essa experiências possibilitam que intelectuais tenham acesso e comecem a conhecer a dinâmica de luta e resistência das classes populares. No vazio do descaso do Estado com os problemas populares, vão configurando-se iniciativas de busca de soluções técnicas construídas com base no diálogo entre o saber popular e o saber acadêmico. (p. 27)*

Então, na época da ditadura militar, as políticas de saúde voltaram-se para a expansão dos serviços privatizados em saúde, fato que abriu o espaço para a discussão entre os profissionais de saúde insatisfeitos com essas práticas mercantis (compra e venda) dos serviços de saúde. Nesse mesmo momento histórico, os escritos de Paulo Freire, sobre educação popular, constituíram-se como um dos principais pilares do movimento em prol de uma saúde coletiva, pública e de qualidade, que integrasse o “saber popular” com o “saber acadêmico”.

Na década de setenta, de acordo com Conceição (2001: 09), os profissionais da saúde começaram a entrar em contato com experiências de Educação Popular, encabeçadas pela Igreja Católica e intelectuais insatisfeitos com as políticas públicas de educação e saúde (esta última quase inexistente). Nesse período, o Movimento Popular em Saúde (MOPS) - uma articulação nacional dos movimentos populares no setor saúde - chegou a acumular centenas de experiências em vários estados, como, por exemplo, o Movimento de Saúde da Zona Leste de São Paulo. *A participação de profissionais da saúde nas experiências de educação popular a partir dos anos 70 trouxe para o setor saúde uma cultura de relação com as classes populares que representou uma ruptura com a tradição autoritária da educação em saúde.*

Na década de oitenta, para Vasconcelos (2002), as experiências comunitárias de educação popular em saúde foram perdendo a sua importância, tendo em vista o processo de reabertura e redemocratização política e a própria institucionalização do SUS. Nesse contexto, os movimentos sociais passaram a reivindicar transformações mais amplas nas políticas sociais.



Da Ros (2000), ao promover uma análise das publicações em saúde da ENSP e da USP, no período compreendido entre os anos de 1948 a 1994, entre os onze Estilos de Pensamento definidos, incluiu dois numa categoria chamada de Orientação à População: a Educação Sanitária e a Educação em Saúde, incongruentes entre si.

De acordo com esse autor, as principais características da Educação Sanitária podem ser assim pontuadas: a noção de que educar em saúde (praticar higiene) era uma forma de garantir mudança de comportamentos para que a pessoa não adoecesse (responsabilidade do indivíduo ou de seus pais e/ou cuidadores). Com uma concepção marcadamente biologicista, esse estilo de pensamento desconsiderava completamente a participação das determinantes sociais no processo saúde-doença.

Nestas características apresentava-se, ainda, a concepção do educador como o conhecedor da "verdade científica" que deve "inculcar" tal conhecimento em uma população, objeto do planejamento em saúde. A Educação Sanitária assim concebida, foi pensada como uma estratégia para combater determinada doença em que se precisava preparar a população para as ações que seriam tomadas pelos sujeitos do conhecimento e do poder- tônica da campanhas publicitárias veiculadas pelo Ministério da Saúde ainda nos dias atuais.

Da Ros (2000) fundamentado em Pereira (1993) constatou que a partir do final da década de 60, aconteceu uma reformulação geral no conceito de Educação Sanitária. Na ENSP, a discussão sobre educação / saúde fez com que esta instituição adotasse a nomenclatura Educação em Saúde<sup>38</sup>.

As características principais encontradas nos trabalhos analisados foram: relação dialógica entre educador/pesquisador - educando/pesquisado, o respeito entre as diferentes culturas; o entendimento do binômio saúde-doença como um processo resultante das condições materiais e culturais da sociedade e o entendimento da educação como prática libertadora e transformadora das dinâmicas sociais.

---

<sup>38</sup> Joaquim Cardoso de Mello adverte para que não se utilize o termo "educação para a saúde" porque a saúde não é um estado que se assume depois de educado ou uma mercadoria a ser adquirida usando educação como moeda. Ele entende que a educação permeia as práticas sociais e inclui práticas diversas que se dão no interior do setor saúde. E essas práticas têm uma historicidade. (Da Ros, 2000: 137-138)

De acordo com Fantin (2000: 07), o Movimento de Educação Popular em Saúde surgiu nos anos 80, a partir da junção de pessoas provenientes das mais diversas instituições (organizações comunitárias, grupos de educação popular das Comunidade Eclesiais de Base (CEBs), universidades, entre outros). Mas ganhou um caráter diferenciado nos anos 90 (refletindo novas necessidades e despertando novos questionamentos no campo da educação em saúde).

Fantin relatou que esse movimento nasceu no Rio de Janeiro, no interior do Simpósio Inter-Americano de Educação para a Saúde, organizado pela Organização Panamericana pela Saúde (OPAS), em 1990 e que reuniu profissionais de todo o continente americano. Nesse evento, alguns profissionais de saúde brasileiros apontaram a necessidade de se criar um espaço diferente, para que se aprofundassem os desafios das práticas em saúde num relação direta com a educação. Desde então, esse Movimento de Educação Popular e Saúde vem aglutinando diferentes grupos sociais, que em conjunto, buscam *refletir, agir, encontrar novas perspectivas na luta por saúde e educação*. (p. 08)

Os referidos grupos estavam compostos por lideranças comunitárias e populares (lideranças de bairro, membros de Conselhos de Saúde, setores das Pastorais, vinculadas à Igreja Católica, entre outros); profissionais de saúde (com as mais diversas formações acadêmicas); professores e pesquisadores das Universidades e Programas de Formação e Pós-Graduações nas áreas de educação e saúde. Esse Movimento se vinha articulando e nutrindo, principalmente, através da realização de alguns eventos (encontros, seminários, debates), que promoviam a troca de inúmeras experiências em educação popular e saúde que vêm acontecendo no país na última década.

*Nesse sentido, quando se fala em movimento de saúde está se referindo às inúmeras lutas que se desenvolveram na história dos anos 70, 80 e 90. No interior da luta por saúde, brota esse Espaço-Movimento composto por diferentes interesses, mas que aglutinam suas práticas em espaços da sociedade civil, no processo de construção de cidadania e saúde e que na sua grande maioria tem como foco de articulação a defesa do Sistema Único de Saúde qualidade para toda a população.(...) Movido por um outro amálgama, esse espaço-movimento proporciona reflexão, aprofundamento, intervenção, como também de socialização de várias pesquisas, tendo como núcleo gerador o binômio saúde e educação popular.*(p. 09-10)

Nesse sentido, a autora enfatizou a importância da aproximação entre Educação Popular e Saúde, pois a população deixa de ser vista como receptáculo de informações para ser compreendida como sujeito, como atuante e co-responsável por elaborar estratégias de intervenção eficientes em saúde, isto é, mudanças de comportamentos individuais e coletivos. Devido essa gama de relações e articulações que se estabelece no interior desse movimento, a autora mencionou que se estava delineando um novo campo de conhecimento, no qual se aglomeravam esforços a fim de melhor compreender as práticas de saúde e as práticas educativas

No campo da educação, os escritos de Paulo Freire fundamentaram (e ainda continuam inspirando), segundo Fantin, a chamada educação popular. Freire defendeu ser a Educação essencialmente transformadora de práticas, de consciência individual e coletiva. Para tal, faz-se necessário o diálogo, o reconhecimento do saber do outro, a necessidade de ouvir e compreender o ponto de vista do outro.

#### **2.4.2.b) A Educação em Saúde na formação de cidadãos**

Garcia (1997) argumentou que o setor saúde sempre teve uma potencialidade educativa, a qual geralmente esteve voltada para a manutenção da ordem social estabelecida. Desse modo, o autor defendeu que diversos modos de se conceber a saúde - ligados à concepção de homem e de sociedade - foram definindo as políticas de saúde e educação em saúde no Brasil.

Assim, esse autor pontuou que os dados referentes à história da saúde foram de importância significativa para que o mesmo entendesse que o trabalho desenvolvido nessa área esteve/está intimamente relacionado com a necessidade de manter e perpetuar os meios de produção capitalista. Nas palavras do autor (ibidem: 14):

*O investimento do caráter educativo das ações em saúde foi a forma utilizada para a efetivação de um projeto da classe dominante que não tinha como objetivo mudar a situação de vida das classes desfavorecidas. Pelo contrário, seu objetivo era a sua própria manutenção e fortalecimento.*

Nesse sentido, até a década de 20 o Estado brasileiro não tinha uma política estruturada em relação à saúde, ficando essa encargo para as entidades filantrópicas e religiosas. Sendo que, o interesse maior da saúde pública no Brasil até a década de 30, para Garcia (1997: 22), não residiu na reprodução da força de trabalho, mas na circulação e

distribuição de mercadorias; o que estimulou as campanhas sanitárias e profiláticas voltadas a áreas portuárias. Essas campanhas exigiram além de uma maior intervenção estatal, a formação de intelectuais para a sua organização.

Ainda segundo Garcia (ibdem), na década de 20, o surgimento do movimento sanitarista e o da escola nova fez com que *a luta pelo ensino universal e gratuito se somasse à luta pela universalização dos Centros de Saúde de serviços preventivos sob a responsabilidade do Estado*. Esse fato culminou com a disseminação dos pensamentos higienista e sanitarista nas unidades escolares e na criação do Departamento Nacional de Saúde.

Os anos 30 e 40 foram marcados pela incipiente expansão das indústrias brasileiras, pelo acelerado crescimento urbano, pelo surgimento da classe média e pela ampliação de políticas populistas, principalmente nas áreas de educação e saúde. Nesse contexto, a saúde passou a ser tema dos currículos escolares, sendo que as instituições escolares passaram a disseminar e a inculcar a idéia de que a saúde era uma responsabilidade de cada indivíduo (higiene e cuidados pessoais).

Na década de 60, a crise do Estado, na qual os discursos e práticas dominantes contradiziam as condições de vida da maioria do povo brasileiro, refletiu numa crise vivida pela saúde pública. Fundamentado em Luz (1986)<sup>39</sup>, Garcia (1997: 25-6) mencionou que entre os anos de 1968 e 1974, os discursos dominantes na área da saúde centravam-se em torno do planejamento econômico.

*Categorias como "racionalidade, produtividade, crescimento, desburocratização (desrotinização), descentralização (da execução de atividades) e, finalmente, ao término da conjuntura, aparece a temática da participação, entendida em geral como adesão, seja dos agentes institucionais, seja da população, aos planos e programas institucionais.(ibid., p.120)*

As décadas de 70 e 80 foram marcadas pela crise financeira e política do regime ditatorial, pela reabertura e redemocratização da sociedade brasileira, pela crítica ao modelo privatista e hospitalocêntrico da assistência à saúde no país e pelo surgimento do Movimento Sanitário. Esse movimento fundamentado nos escritos de Paulo Freire e nas experiências de educação popular representou, segundo diversos autores pesquisados, uma

---

<sup>39</sup> LUZ, Madel. As instituições médicas no Brasil: instituições e estratégia de hegemonia. 3ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986

ruptura com a tradição autoritária da educação em saúde e uma nova forma de se conceber a participação das classes populares no planejamento, execução e avaliação das políticas públicas de saúde.

Garcia (1997:28) sintetizou que em alguns momentos, a relação entre educação e saúde esteve ligada às informações transmitidas nas escolas. Em outros, foi representada pelas campanhas sanitárias. Em todos os casos, as ações educativas em saúde tinham um caráter biologicista e relacionado a determinados interesses religiosos, políticos (manutenção da ordem social) e econômicos (proteção da exportação/importação; manutenção da força de trabalho) e, voltados para o atendimento dos interesses de alguns grupos sociais privilegiados. Em todos esses casos, o caráter educativo das ações em saúde perpassaram apenas pela prevenção, tratamento e cura de doenças.

O referido autor afirmou que a área de saúde pode ter um outro papel além do que lhe foi atribuído historicamente, pois defendeu que as ações educativas em saúde podem contribuir para a transformação social. Para Garcia (1997), ampliar o caráter educativo das ações em saúde para além das questões biológicas e preventivas, passa por considerar o seu potencial político transformador como uma nova proposta para os serviços de saúde.

Fundamentada nos autores citados, penso que a educação em saúde deve ultrapassar seu aspecto meramente informativo - de transmissão unilateral de técnicas e conhecimentos de hábitos higiênicos e comportamentos que evitem contaminações por agentes patogênicos, epidemias e/ou cuidados com doenças crônicas já instaladas (como diabetes e a hipertensão arterial por exemplo).

Entendo, pois, que a educação em saúde deve priorizar as discussões sobre a saúde enquanto um estado resultante de um processo histórico-social, portanto, cultural e material; além de formar cidadãos conscientes de que o acesso aos serviços públicos de saúde foram direitos conquistados pela população organizada e não por obra benemerita de algum governo populista.

Para que ocorra uma real efetivação do SUS e o sucesso das novas estratégias em saúde, como o PSF, considero necessária uma transformação na prática do profissional de saúde, fundamentada numa concepção teórica que considere primordial a atuação e a co-participação dos diversos sujeitos sociais na criação, implantação e desenvolvimento de

políticas públicas comprometidas com os interesses e necessidades de toda uma coletividade.

Nessa perspectiva, o trabalho de educação em saúde com famílias de classes populares que defendo é aquele que priorize a “construção compartilhada do saber”; que busque a superação do antagonismo existente entre conhecimento oficial e o conhecimento do senso comum; que reconheça cada indivíduo e cada família como portadores de saberes próprios sobre o processo de saúde/doença, bem como suas estratégias particulares de enfrentamento a patologias já instaladas.

Por isso, esse trabalho de pesquisa pautou-se no respeito a intimidade, aos valores éticos, culturais e religiosos; a história e o momento (ou ciclo) de vida e, principalmente, no saber construído através das vivências cotidianas em busca do atendimento público em saúde dos(as) mediadores(as) em saúde das famílias entrevistados(as).

### 3. PERCURSO ANALÍTICO : AS HISTÓRIAS SE ENCONTRAM

*Cada um de nós compõe a sua história e  
cada ser em si carrega o dom de ser capaz e ser feliz.  
(Almir Sater)*

Nesse capítulo, apresentarei a análise das entrevistas que realizei com as famílias residentes na localidade do Médio Aririú. Para realizar tal análise, busquei na fundamentação teórica (Capítulo 2) subsídios que me auxiliaram a entender, explicar e tecer algumas considerações críticas sobre a forma de conceber a saúde, o SUS e o PSF, bem como as maneiras de participar e de compreender as ações educativas da população pesquisada.

No final da Introdução apresentei um breve perfil sobre cada mediador(a) de saúde entrevistado(a) e suas famílias.

Eu estava fascinada em escutar tantas histórias de vida que se delineavam em cada encontro. Naquelas duas a três horas que passava em cada uma daquelas residências, conheci pessoas que me contavam de onde vieram, porque vieram residir ali, como lutavam para sobreviver; o que esperavam do futuro; quais as lições do passado; quais as queixas e elogios em relação a unidade básica de saúde localizada no bairro, entre tantas outras informações.

Cada vez mais eu ia percebendo que todas essas histórias eram únicas, mas que se cruzavam numa mesma rua, numa mesma esquina, num mesmo bairro. Fiquei imaginando quantas vezes aquelas pessoas, de mais diversas idades, gostos, naturalidades e profissões já se haviam encontrado, olhado, conversado, enfim, compartilhado o mesmos espaços e momentos. E que nessa trajetória foram se construindo e escrevendo sua história com a de sua comunidade, sua cidade, nosso Estado e nosso País.

Essas pessoas simples cresceram com os "pés na terra" e tiraram ou ainda tiravam o sustento de suas famílias no "cabo da enxada". Elas semeavam e colhiam lágrimas, alegrias, decepções, sonhos, revoltas e conquistas. Essa foi uma grande surpresa para mim, encontrar tantas histórias que se cruzavam na terra. Dentre as pessoas que eu conversei, encontrei aquelas que vieram de cidades mais interioranas, como a D. Maria Rita, oriunda de São Bonifácio e a D. Almira, da Serra *Em Campos Novos eu nasci*. Outras têm sua infância ligada à agricultura, como as irmãs Fátima e Ana, cujo pai trabalhava na roça, plantando aipim, feijão, *tudo que é verdura*. *Plantavam tudo pra vender porque não tinha outra*

*renda, era só aquela.* (D. Fátima); as primas Marta e Soraia *Meus pais trabalhavam na roça, eu não. Eu era pequena.* (D. Soraia) e, a D. Clara, cuja *mãe às vezes trabalhava na roça.* A D. Nair foi casada com um lavrador e chegou a trabalhar com ele na lavoura de cebola.

Também encontrei pessoas que ainda plantavam e faziam criação para consumo da família, como o marido da D. Doroti *Plantava nesse terreno que os filhos moram. Plantava mandioca, cana. Cana ele ainda tem (...) pra ter pro gado, que ele sempre gosta de sempre tem uma vaquinha de leite, tudo.* Ou a D. Vida que quando casou trabalhou na roça e que na ocasião de nossa conversa tinha um canteiro com *temperinho* e ervas pra chá. D. Nara e Seu , que se aposentaram como colonos, e plantam *só pro gasto, pra casa.*

Ainda conversei com pessoas que continuavam sobrevivendo da terra, como a família da D. Alda e D. Itamara as quais trabalhavam quase que exclusivamente na lavoura e falaram das dificuldades desse trabalho. *Como sobreviver, né? A lavoura está fogo. Porque o que tu bota é um dinheirão. Vai vender está lá embaixo. Quando vende ainda. Quando não vende fica na roça.* (D. Itamara) . A D. Deuza, cujo marido deixou de plantar, para trabalhar no comércio de verduras no CEASA (Central de Abastecimento do Estado de Santa Catarina S/A), há 30 anos. *Porque depende do que a gente plantava, não dava dinheiro que chega. Tinha que mudar.*

Havia também pessoas como a D. Beatriz, a D. Vânia, D. Rose e a D. Sueli, "filhas da terra", pois ali nasceram, cresceram, constituíram família (excetuando-se D. Beatriz, que residiu em outras localidades) e demonstram vontade de continuar fincando suas raízes no município de Palhoça.

A satisfação com o local de moradia (o bairro, a estrutura, os vizinhos) foi mais um ponto em comum com todos os entrevistados. Não houve, por parte de nenhum deles, qualquer menção ou desejo de residir em outra localidade, por descontentamento com o bairro onde moravam. Pelo contrário, vários entrevistados, como por exemplo, a D. Deuza que *Aqui tem muitos parentes, amigos que moravam lá em cima* (Santa Isabel/Águas Mornas). *E eu me senti muito bem aqui* e a D. Altamira que diz: *Aqui a gente já tinha que pra saúde, pra cá era melhor. E dito e feito que foi. Pra mim, eu acho assim, que eu renovei (...);* que optaram por se mudarem com suas famílias para o Aririú por problemas



de saúde (devido ao benefício do clima e das amizades) e, decidiram que *Vamos pôr as raízes e ficar por aqui mesmo*. (D. Altamira).

Conheci e conversei com pessoas que tinham escolhido residir naquela localidade, que gostavam de onde moravam e de alguma forma tinham uma forte ligação com a terra. Pessoas simples que residiam há mais de um ano no bairro, que estavam cadastradas pelo Programa de Saúde da Família e eram acompanhadas mensalmente pelas agentes comunitárias de saúde.

Analisando os dados coletados na pesquisa, percebi que as respostas dos/das entrevistadas vinculavam-se a suas experiências cotidianas, no que tange à procura pelo atendimento em saúde para si mesmos e suas famílias. Desse modo, definidas *a priori*, as cinco categorias - Concepção de Saúde/Família Saudável, SUS/Posto de Saúde; Programa de Saúde da Família (PSF); Formas de Participação e Ações Educativas em Saúde - segundo as respostas das pessoas entrevistadas surgiram as subcategorias, apresentadas a seguir.

Na categoria Concepção de Saúde / Família Saudável, surgiram as subcategorias: Saúde como primordial / riqueza; Cuidados preventivos em saúde; Saúde como bem-estar mental /sentimental e Família Saudável. Na categoria SUS / Posto de Saúde, encontramos as subcategorias: Procura pelo atendimento em saúde; Principais queixas dos serviços de saúde; Principais soluções encontradas e Principais propostas apontadas.

Quanto à categoria Programa de Saúde da Família, surgiram as seguintes subcategorias nas respostas dos(as) mediadores(as) em saúde: Concepção do Programa de Saúde da Família; Principais queixas indiretas ao Programa; Relação com a equipe de saúde; Percepções sobre as mudanças no posto e as Opiniões sobre as visitas domiciliares dos médicos.

Na penúltima categoria denominada de Formas de Participação, se incluíram as subcategorias Participação Espontânea ou Involuntária e Participação Consciente ou Crítica. A última categoria foi apresentada com o título As Ações Educativas em Saúde (não houve subcategoria).

### **3.1) Saúde / Família Saudável**

Quando perguntei sobre o que é uma pessoa com saúde / uma pessoa saudável, encontrei respostas que fugiam das questões meramente biológicas, ou seja, a associação a não estar doente. Ao agrupar algumas respostas pela similariedade do conteúdo, identifiquei algumas subcategorias de acordo com o teor da conversa com os(as) entrevistados(as).

### **3. 1. 1) Saúde como Primordial / Riqueza**

Para ilustrar essa subcategoria, apresento as falas de D. Alda, D. Doroti, D. Vida e D. Marta, as quais mencionaram a saúde como uma dádiva, um bem precioso, uma benção dos céus:

*Aí a gente tem tudo. Tem a riqueza, se a gente tá com a saúde boa. (D. Alda / Domingo é dia de descanso)*

*Eu acho que uma pessoa com saúde é tudo. É maior riqueza que a pessoa tem é a saúde. (Doroti / Agregados)*

*É a riqueza do mundo, é a riqueza pra uma família ter. Graças a Deus todos os meus filhos são perfeitos. Graças a Deus! Quantos que estão aí entrevados numa cama com câncer. Graças a Deus na minha família são abençoados. Então a riqueza, mais vale tu não ter coisas boas pra comer, mas ter saúde. (D. Vida / E assim vai a vida...)*

*A saúde é tudo! Em primeiro lugar é a saúde. Eu acho, eu sempre digo pra Deus, eu não quero riqueza, eu só queria ter o meu marido, os meus três filhos e a minha saúde. (D. Marta / Tocando a vida, apesar da dor)*

Essas quatro mulheres, com histórias de vidas diferentes, concebiam a saúde como o aspecto mais importante da vida, como uma grande riqueza, que somente os abençoados teriam. D. Vida e D. Marta, a consideraram, ainda, como um atributo ou uma concessão divina. D. Vida agradeceu a Deus pela sua saúde e a de seus filhos, ao passo que D. Marta pediu a Deus que lhe concedesse saúde.

Ao voltar-me novamente para a história de cada uma para entender melhor o porquê de elas pensarem dessa forma, encontrei, na história de D. Marta, aspectos relevantes, que destoaram muito de todas as outras pessoas entrevistadas. E que, por esse motivo, mereceram um destaque dentro dessa subcategoria.

D. Marta sofria há vários anos de uma dor crônica de origem desconhecida que a fez desacreditar na Medicina e nos médicos - *É tanta dor, que a gente não sabe mais o que fazer. E a dor vai matando, é muito forte*, talvez, por esse motivo, buscasse em Deus o seu processo de cura e a sua alegria. Sua concepção de saúde estava relacionada à ausência da dor, pois em outros momentos da entrevista também mencionou que só iria ficar contente, com saúde, no dia em que não sentisse dor.

Um outro aspecto marcante na vida de D. Marta era terem todos os seus filhos alguma disfunção orgânica (o filho mais velho tinha reações alérgicas a produtos químicos, o filho do meio sofria de sopro no coração, sofria de enxaquecas, apresentava problemas de visão e, a filha mais nova também tinha problemas visuais e sofria com cólicas menstruais). O marido de D. Marta, apesar dos problemas cardíacos, continuava trabalhando como pedreiro e por falta de recursos financeiros, não estava fazendo o tratamento medicamentoso necessário, o que aumentava o risco de enfarte e de morte.

Dentro desse contexto familiar e pessoal, pode-se compreender porque para D. Marta, *a saúde é tudo*, pois para quem vive diariamente com dor e com pessoas que apresentam alguma enfermidade, o maior desejo parece ser o de não sentir mais dor (que a ausência de dor tornou-se sinônimo de saúde). E, como D. Marta não encontrou nenhuma explicação ou alívio para sua dor crônica através da medicina convencional, depositou suas esperanças de cura no plano espiritual/religioso.

### **3.1.2) Cuidados Preventivos em Saúde**

Nessa subcategoria, encontramos referências a cuidados com a alimentação, como se vê nesse diálogo das concunhadas Clara e Vânia:

*D. Clara - Acho que não tem nada a ver com a saúde, mas uma alimentação boa. A maioria das doenças é por causa da alimentação. Falta, às vezes, proteína, alguma vitamina. Por que, às vezes a pessoa não tem condições de ter uma fruta em casa. Às vezes, carne, essas proteínas que as pessoas precisam. E a carência disso, causa doença. Às vezes, fora a alimentação, a habitação, também precisa.*

*D. Vânia - E mais conhecimento.*

*D. Clara - É. Tipo assim, as vezes, você até tem como fazer assim, como aquela senhora que faz aquelas sopas bem nutritivas, quer dizer, às vezes, a gente joga, aquelas coisas que ela usa, fora. Não*

*sabe que aquilo ali é rico em alguma coisa. O ovo, ela faz um monte de coisas, que mais tarde a pessoa não vai ter problemas.*

*D. Vânia - É falta de conhecimento da gente. Essas coisas, se a gente tivesse o conhecimento, a gente saberia fazer. (Queremos informação)*

De acordo com D. Vânia *Uma pessoa com saúde é uma pessoa disposta para tudo.* D. Clara expressou que uma pessoa saudável está *livre de doenças*. Para ambas, a concepção de saúde apareceu vinculada à ausência de doença. Também a forma de prevenção apareceu associada à idéia de uma boa alimentação para nutrir o corpo, fortalecê-lo e torná-lo imune a certos tipos de doenças. Peculiar desse diálogo, foi a importância dada ao conhecimento sobre como aproveitar melhor os alimentos, para torná-los ainda mais nutritivos. Essa preocupação pode estar associada a serem as duas mulheres mães de crianças pequenas.

No depoimento seguinte apareceu também a alimentação, mas associada a outros cuidados como, vestuário, cuidados com a higiene, exercícios:

*Precisa de uma alimentação adequada, roupa adequada, cuidados de higiene. Isso tudo é importante pra uma boa saúde. Exercícios, são fatores que são bem importantes pra saúde da pessoa. Sempre evitar os vícios, que os vícios prejudicam a saúde. O ambiente também, a paz e o sossego, isso também ajuda muito na saúde de uma pessoa. Que uma casa sempre em conflito, briga, não tem como ser saudável. Acho que isso tudo é o mais importante pra saúde da pessoa. É a paz e um confortozinho melhor. (D. Doroti / Agregados, grifo meu)*

Na primeira parte, D. Doroti listou uma série de recomendações, as quais geralmente aparecem na imprensa televisiva, falada e escrita, bem como em cartazes e folders confeccionados e distribuídos pelos órgãos e secretarias de saúde, ou seja, os cuidados básicos com a alimentação, com a higiene, com a vestimenta; as atividades físicas e prevenção aos vícios. A novidade eu identifiquei na importância que D. Doroti atribuiu a um ambiente harmonioso e sossegado, o que remeteu a importância das relações entre as pessoas (no caso, familiares) para a saúde mental e afetiva. Percebi que D. Doroti sugeriu estar a saúde vinculada - além dos cuidados com o corpo e com as relações pessoais ao bem estar social .

Encontrei no depoimento de D. Nair, uma idéia muito similar a de D. Doroti em relação aos cuidados com a saúde:

*Mas pra ter saúde a pessoa deve saber se cuidar, não depender só do Posto.(...) Se cuidar na alimentação, em banho, em caminhada, essas coisas dependem muito a saúde. E a pessoa deve ter o exercício físico e tomar bastante água também. Que nem é orientado, “água por dentro e por fora”. É uma coisa muito importante na saúde da pessoa. (D. Nair / Confiança em Deus, grifo meu)*

Apesar das idéias das entrevistadas serem muito aproximadas, identifiquei uma diferença primordial quanto à fonte de informações de ambas. Suspeitei que D. Doroti teve acesso a essas informações com o médico (cardiologista) que o marido dela consultava ou através da televisão e do rádio. Ao passo que D. Nair se informou nos encontros da Igreja que freqüentava - Adventista do Sétimo Dia, a qual segundo ela, orientava sobre os cuidados com o corpo e com o espírito. A metáfora “água por dentro e por fora”, ilustrou bem essa situação.

Apesar das informações serem basicamente as mesmas, as crenças são diferentes, D. Doroti apresentou um discurso baseado nos conceitos científicos, enquanto D. Nair me disse duas ou três vezes, que seu conhecimento provinha mais das doutrinas de sua Igreja.

Também encontrei algumas falas menos objetivas e mais confusas, como a de D. Almira:

*Pra tua saúde tá boa, o ambiente que você vive tem que tá. Você tem que ter um ambiente, para estar saudável. Por que muitas vezes, a pessoa saudável é por que tem uma vida... A pessoa com saúde é por que tem uma vida, aquilo que faz com que tu fiques bem. Eu não sei, é o meu ponto de vista que eu tenho. Eu acho assim, que a gente adoece por causa da preocupação, não viver bem, o teu ambiente também não tá bom, ou preocupação demais. Acho que vai indo e você fica doente. E tem muitas vezes, você é doente, mas está num ambiente saudável e não sente que você pode vir a estar doente. Um problema, às vezes até meio sério e você está... Não sei, eu sou assim. E tem hora que a gente sabe que a saúde da gente não é. Mas você passa. O teu ambiente de vida faz com que a tua saúde...E mantendo higiene, mantendo o que tu possa fazer. Eu acho assim, não sei. Nem todas tem um pensamento, né...(D. Almira / Tem que ter amor à profissão)*

Neste depoimento chamou-me atenção a entrevistada dizer que o ambiente precisa estar saudável e que a gente adoece por causa da preocupação. D. Almira, no seu ponto de vista, trouxe a importância da saúde mental e das relações pessoais no meio familiar para

que a pessoa não adoça (física ou psiquicamente). Também considerou que, apesar da doença, se o ambiente for são, a pessoa poderia nem perceber que estava enferma. Quando mencionou a importância do ambiente saudável, longe das preocupações, D. Almira estabeleceu relações bastante complexas, a saber: a relação saúde - ambiente saudável X doença - ambiente iatrogênico e o adoecimento como um processo (*vai indo e você fica doente*) associado a fatores ambientais e emocionais (*a gente adoce por causa da preocupação ... o teu ambiente também não tá bom*).

Duas das filhas desta entrevistada sofrem de distúrbios mentais (esquizofrenia e crises de agressividade). E, quando entram em crise, segundo relatos de D. Almira, tumultuam a rotina da casa. Dessa forma, essa situação limite com as filhas - ameaça constante de crise, poderia ser um dos motivos para D. Almira expressar que a preocupação e o ambiente em que a pessoa vive influenciam no processo de adoecimento.

Também atraiu minha atenção o depoimento de D. Ana. Quando lhe perguntei sobre o que se precisava para ser alegre (ela havia mencionado que a pessoa com saúde era alegre), além dos remédios citou sentimentos como amor e alegria.

*Ter amor, alegria, dentro de casa. Tudo ajuda, né. (...) E quando ele fica sem serviço, a gente fica mais doente, mais nervosa. A gente pensa, não, vai ficar atrasado aquela coisa, aquilo. Tá faltando comida. Que graças a Deus, até agora não faltou. A gente pensa, que um dia podia faltar. Então quem tem depressão, fica pior. Que não pode se preocupar assim nas coisas, tem que se distrair. Pra ficar com saúde, como eles dizem. Tem que sair, conversar. (D. Ana / Preocupa-nos o dia de amanhã, grifo meu)*

D. Ana seguia um tratamento medicamentoso para se livrar de uma depressão. Talvez por isso, ela valorizou o remédio e os sentimentos de alegria e amor. Nesse depoimento, o que mais chamou a minha atenção, no entanto, foi a relação entre desemprego - preocupação - processo de adoecimento, que apareceu nas suas palavras. O marido de D. Ana estava desempregado e fazia bicos como servente de pedreiro. Ela, sofria de problemas de coluna (bico de papagaio) que não a deixavam trabalhar, além da depressão. O filho tinha periódicas crises respiratórias e de amigdalite, fazendo com que ela procurasse constantemente os serviços públicos de saúde (Posto ou hospital). D. Ana estava muito preocupada com a situação financeira da família, e, também por esse motivo, não se considerava uma pessoa com saúde. Nesse quadro, não ficou difícil compreender

porque D. Ana se sentia uma pessoa doente, sua situação agravada pelo desemprego do marido e risco iminente de faltarem recursos para a alimentação da família ou para comprar remédio para si mesma, ou para seu filho.

Graças a essas diversas falas, verifiquei que essas pessoas possuem, a seu modo, um entendimento de saúde vinculado a diversos aspectos que não apenas o biológico, tais como o mental, o social, o emocional e o econômico. E que elas relacionaram a saúde diretamente a vivências mais particulares, restritas ao ambiente doméstico, sem mencionarem as influências de um coletivo de sistemas e situações (crise econômica e social pela qual está passando o país, por exemplo).

### 3.1.3) Saúde como bem-estar mental ou emocional

Nessa subcategoria o bem-estar sentimental / mental apareceu como mais importante até do que o bem-estar orgânico. Isto é, ser saudável apesar das limitações e enfermidades do corpo, característicos do depoimento de D. Vida, D. Alda e D. Itamara.

*Pois é, é o que eu estou te dizendo, não tenho saúde do joelho senão eu fazia tudo, andava, não achas? Andava bem e até dançava! Mas eu vou ali na minha filha e já tenho que sentar da dor na perna. Então é uma coisa que é ruim e não é uma doença ... só na perna. Eu gosto de trabalhar, de cozinhar, mas assim me custa. A única doença que eu tenho é isso, né?! Mas tu vê, eu converso bem, o meu juízo é bom. Eu até digo que sou doente, mas é pecado. Outra doença é que é triste (D. Vida / E assim vai a vida)*

*Tô. Eu acho que tô com a saúde boa. O único problema que apareceu pra mim, é a pressão. O resto, tô com a saúde boa. Não tenho dor de cabeça, tem gente que, ah, tô com dor de cabeça todo dia. (D. Alda / Domingo é dia de descanso)*

*Olha, eu me acho assim de saúde, por que diabete é uma doença que todo mundo tem. Também não mata ninguém se a gente cuidar. Acho assim. Por que a minha mãe morreu diabética. Tenho duas irmãs, que todas as duas morreram diabéticas. Tem outra que tem também, só que ela cuida. E eu acho assim. Se o diabético, a gente cuida um pouquinho. Que ela não domina a gente, se a gente cuidar um pouco, não deixar assim. Acho eu. Não sei se eu tô achando certo. (D. Itamara / Tem que lutar na lavoura pra sobreviver).*

Essas três mulheres sofriam em comum de doenças que não têm cura pela medicina tradicional, embora se consiga evitar o agravamento do quadro clínico, através de medicação, dieta e exercícios.

D. Vida, com seus 93, sofria de dores reumáticas, que a impediam de realizar os serviços domésticos e atividades prazerosas (como dançar e viajar). E, apesar dessa limitação, D. Vida se considerava com saúde, pois suas capacidades mentais estavam boas e considerava que *outra doença é que é triste*. Já a D. Alda, com hipertensão arterial, e D. Itamara, com diabetes, também se sentiam sadias. D. Itamara mencionou que fazia necessário se cuidar, para que a diabetes não a dominasse, mas que podia conviver perfeitamente com ela.

As três utilizaram como parâmetro para se considerarem saudáveis outras pessoas que apresentavam sintomas ou doenças mais sérias e incapacitantes, diferente do de D. Beatriz (abaixo) que mencionou que mesmo portadores de doenças mais debilitantes (como Aids e câncer) podem ser saudáveis, se estiverem bem consigo mesmos.

*Pra mim, uma pessoa saudável, é uma pessoa feliz! Não importa o que ela tenha. Se ela tem câncer, se ela tem Aids, se ela tem uma perna amputada ou se ela vai fazer cirurgia do coração, ela tem que estar bem com ela! Com ela! É ela, primeiro. É ter uma boa noite de sono, é comer o que eu quero, é beber o que eu quero, com quem eu quero, sabe, é eu ser feliz! É eu estar bem, o resto é consequência. A gente vai dando um jeito. O resto é remédio. (D. Beatriz / Raízes no Aririú, grifo meu)*

No depoimento de D. Beatriz apareceu a importância do bem-estar mental / sentimental para a saúde da pessoa, ou seja, *estar bem com ela e ser feliz*. Embora também tenha mencionado dormir, comer e beber, sua fala teve, para mim, uma outra entonação. D. Beatriz apontou alguns requisitos básicos que considerou importantes para a pessoa ter saúde: a busca da felicidade, estar bem consigo mesma e ter a liberdade para comer e beber o que se tem vontade, sem se preocupar com dietas rígidas ou pouco saborosas. Esse conteúdo não fez parte de nenhuma outra entrevista. D. Beatriz sofre de uma doença degenerativa e sem cura.

Compreendi que essa subcategoria relacionou-se diretamente com o momento de vida que cada entrevistada estava atravessando, e com suas vivências pessoais de debilidade do corpo físico. A importância que as entrevistadas atribuíram ao componente



psico-afetivo para a manutenção da saúde foi uma característica marcante em suas formas de conceber saúde.

### 3.1.4) Família saudável

Em geral, as pessoas entrevistadas responderam que para a família estar com saúde, seria necessário um conjunto de fatores, como demonstram os depoimentos que se seguem:

*Em primeiro lugar, a gente tem que ter alta confiança em Deus e daí a gente saber se organizar, até no horário da alimentação, a alimentação que come e as pessoas não sentir dor. É uma família com saúde. (D. Nair / Confiança em Deus, grifo meu)*

*Uma família saudável, eu acho assim, que é um conjunto, pra poder ser saudável. Eu acho assim, que tendo a cabeça boa, a família que vive bem, assim harmoniosamente, porque não é viver bem e comer bem, tem que ter harmonia a família, tem que ter uma crença, e eu acho que a partir dali, tendo direito à saúde, a pessoa cuidar da saúde, eu considero.(...) Que viva em harmonia. Harmonia com tudo, desde que com saúde. Por que não adianta você tendo tudo e não tendo saúde não vale a pena. (D. Doroti / Agregados, grifo meu)*

*Em primeira coisa, acho que viver bem em casa, em paz, pelo menos tudo unido. Acho isso, primeiro lugar é isso. E se alimentar, todo mundo contente. Já é difícil pra ter uma doença já... (D. Deusa / Em busca de sossego e solidariedade, grifo meu)*

Para D. Nair, para uma família ter saúde, tem muita importância a organização familiar, inclusive nos momentos das refeições e no que comer. Também mencionou a ausência de dor como um dos pontos-chaves. Entretanto, chama a atenção em sua fala, por ser um componente característico dela, e de sua mãe, foi sua convicção de que a confiança em Deus seria o fator primeiro na constituição de uma família sã.

Para D. Doroti uma crença também era importante, mas faziam-se necessários outros fatores como o se alimentar bem, os cuidados com a saúde e viver harmoniosamente. Opinião também compartilhada por D. Deusa. Nesses depoimentos não surgiu - diretamente - a relação entre a saúde da família, como ausência de doença ou disposição para o trabalho, mas sim a harmonia, a união familiar, a crença e a confiança em Deus como fatores essenciais na construção de um ambiente saudável na família

Chamou-me a atenção, no início do depoimento de D. Doroti, a necessidade de um emprego ou a manutenção financeira do lar, como suporte para a boa saúde. Outro diferencial de sua exposição, foi ela considerar o apoio/ aconchego emocional entre os membros, através da comunicação sadia e das trocas afetivas entre esses membros, como promotor de saúde.

*Também é isso. Precisa também ter um trabalho, pra uma pessoa ter as suas coisas necessárias, ela precisa ter um trabalho, ter um ganho. Por que nada cai do céu. E também, alimentação, higiene, isso tudo é importante pra uma família ter saúde. O aconchego da família, uma conversa, psicologicamente, a pessoa precisa de um apoio. Eu acho que isso é muito importante pra saúde da pessoa. Ter uma conversa sadia, é importante. (...) Família saudável, é aquela família que conversa, que pode ter pouca comida na mesa, mas tem diálogo, tem acerto! Essa é uma família com saúde. Eu acredito que seja.* (D. Doroti / Agregados, grifos meu)

Apareceu nas entrevistas, além desses fatores, um com uma conotação mais social, de acesso aos direitos básicos e aos serviços de saúde: *Acesso aos medicamentos também. Acesso à saúde também, ir no postinho e conseguir ser atendida* (D. Clara / *Queremos informação*). Entretanto, quando questionada sobre se a sua família era saudável, D. Clara respondeu que sim, pois *não tem ninguém doente*. Pareceu-me incongruente entre esses dois momentos da fala de D. Clara. No primeiro, quando numa questão mais global, ela mencionou os direitos (constitucionais), mas quando focalizou-se uma questão mais particular (sua própria família), ela voltou-se apenas para um aspecto, ou seja, a ausência de doença, para considerá-la saudável.

D. Fátima mencionou ser necessário que todos os membros da família não estejam acometidos por alguma enfermidade. Desse modo, caso alguém adoeca, todo o grupo familiar é atingido. Pois, *neste momento existe um compartilhar, que não se expressa através da dor ou de algo sintomático, mas sim através da angústia, intranquilidade e da sua própria impotência em devolver àquela pessoa o restabelecimento de sua saúde*. (Alves et alli, 1996: 60), o que demonstra o próximo depoimento:

*Não. Se tiver alguém doente, acho que todos eles ficam abatidos, por que tem alguém doente dentro de casa.* (D. Ana / *Se tiver alguém doente, todos ficam abatidos*)

Desse modo, as palavras de D. Fátima conferiram a compreensão sistêmica do funcionamento familiar, que se rege pela busca do equilíbrio, manutenção, regeneração ou transformação, citadas por Wagner et alli (s/d). Isto é, para que o sistema familiar funcione adequadamente faz-se necessário que cada membro esteja bem e cumpra o seu papel; caso haja uma quebra ou uma ruptura na rotina ou na estrutura da família, todos os membros sofrem as conseqüências, pois precisam readequarem-se para devolver o equilíbrio ao sistema.

Também me surpreendeu as semelhanças entre as subcategorias analisadas e aquelas encontradas nas pesquisas realizadas por Bosi e Affonso (1998), no município do Rio de Janeiro / RJ, por Mascarenhas et alli (2003) em dois bairros do município catarinense de Biguaçu. Essas pesquisas realizadas em contextos geográficos, históricos, econômicos e culturais distintos, demonstraram que as concepções de saúde de uma parcela da população usuária de serviços públicos em saúde revelaram bastante afinidade. Neste sentido, identifiquei similaridades nas idéias presentes nas falas dos entrevistados no município carioca e nos municípios catarinenses de Biguaçu e Palhoça, no que tange às questões de Saúde e Família Saudável.

No item Saúde, apareceram citações sobre saúde como um bem maior, fator primordial para a vida, a importância do bem-estar orgânico, mental e social, a responsabilidade do indivíduo pela sua higiene e por cuidados com o corpo, a associação entre saúde e ambiente (meios familiar e social).

Não identifiquei neste trabalho, nem no de Mascarenhas et alli (2003), ou no artigo de Bosi e Affonso (1998), a concepção de saúde relacionada com a garantia constitucional de ser um direito do cidadão e dever do Estado, preconizada no artigo 196 da Constituição Federal de 88. Nas entrevistas realizadas nas cidades do Rio de Janeiro, de Biguaçu e Palhoça, não houve o reconhecimento da saúde como direito e da importância de exercer a cidadania como uma das determinantes do processo de saúde-doença.

As famílias que fizeram parte desse trabalho, representadas pelos(as) mediadores(as) em saúde, constituíram-se como sistemas únicos, exclusivos em sua composição, organização e funcionamento. Mas tinham em comum uma forte ligação com a terra cultivada, como o bairro, vizinhos e amigos. Outros pontos em comum dizem respeito a concepção de saúde - a qual, relacionou-se com a adequada alimentação,

vestimenta, higiene, superando uma dicotomia existente entre saúde X doença, com uma lógica mais preventivista; bem como o entendimento de que uma família saudável precisa ter harmonia, paz, aconchego e união, entre outros, denotando uma defesa pela evitação de rupturas e conflitos que possam prejudicar o equilíbrio familiar.

### **3.2) Sistema Único de Saúde / Posto de Saúde**

O SUS - Sistema Único de Saúde foi concebido e está apresentado como: *O conjunto de ações, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público* (Lei nº 8080, Artigo 4º), incluindo também as instituições públicas das três esferas governamentais de *controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde*. (ibidem, Párrafo 2º) em que um dos objetivos é a formulação de política de saúde, que consiste na formulação e execução de políticas sociais e econômicas que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos à saúde e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para promoção, proteção e recuperação. (Par. 1º, artigo 2º), com a realização integrada de ações assistenciais e preventivas. (Inciso III, artigo 5º).

Apesar de criado, institucionalizado e regulamentado por lei, o SUS ainda não conseguiu uma real efetivação de seus serviços e a execução total de seus objetivos, como nos mostram as subcategorias relacionadas às entrevistas.

#### **3.2.1) Procura pelo atendimento em saúde**

Quando questionadas sobre quando procuravam atendimento médico ou quando costumavam ir ao posto e com que frequência, várias foram as respostas que surgiram, dentre as quais destaquei alguns depoimentos por considerá-los pertinentes para o tema em questão.

*Não é tanto, mas quando é preciso a gente vai. Eu sou uma pessoa que pouco eu sei do Posto de Saúde porque às vezes a gente luta mais. Quando a gente vê que é caso de médico, não é tomar qualquer “chazinho” e passar. (D. Nair / Confiança em Deus)*

*Até passa mais. A gente assim, eu tenho problema de pressão, daí a enfermeira pede, daí a gente vai duas vezes na semana. Agora se não, é assim quando há necessidade. Quando sente, que alguma coisa tá precisando, então a gente*

*vai no Posto. Senão, é só quando a gente sente que o corpo tá precisando. Alguma coisa não está andando bem. Se não, não. (D. Almira / Tem que ter amor a profissão)*

O fato de D. Nair ter mencionado ir no Posto de Saúde ou buscar atendimento somente quando *vê que é caso de médico* ou quando chás caseiros não davam conta de aliviar o mal-estar físico, pode ser compreendido, em parte, pelo seu credo religioso. Ou seja, o que ela resolvesse por outros caminhos (chás e fé) não necessitaria de tratamento pela medicina tradicional.

D. Almira até procurava o posto para medir a pressão, por recomendação da enfermeira, mas admitiu que, excetuando-se essa situação, só ia no posto quando sentia *que o corpo tá precisando*. Desse modo, tanto D. Nair como D. Almira tinham a mesma postura frente à unidade básica de saúde, a saber; só procurar atendimento médico, quando sentia que realmente precisava. Opinião também compartilhada por outras entrevistadas, como D. Vida e D. Alda.

*Claro que é. Se não tem doença vai pra lá incomodar eles. Eu acho assim . Porque tem gente que qualquer coisinha já vai pro médico. Eu vou quando eu estou apurada! (D. Vida / E assim vai a vida...)*

*É. Assim a gente não vai ocupar o Posto. Só quando precisa, no caso de doença.(D. Alda / Domingo é dia de descanso)*

Da mesma forma que D. Almira e D. Nair, D. Alda e D. Vida mencionaram que só procuravam o serviço de saúde quando estavam apuradas ou em caso de doença. O que diferencia dos depoimentos anteriores, foi o fato de que D. Vida e D. Alda explicaram que não iam ao Posto para não incomodar e não ocupá-lo. O que denotou na primeira situação o evitar ser um estorvo para os outros (é válido lembrar, que D. Vida demonstrou apreciar sua autonomia, apesar de sua idade avançada, residia e cuidava-se sozinha) e na segunda, uma certa solidariedade - deixar vagas para os que precisam mais.

Dentre os depoimentos selecionados para ilustrar essa subcategoria, escolhi ainda o de D. Maria Rita, por ter apresentado um enfoque mais preventivo em saúde:

*Quando eu estou doente. Ou quando eu resolvo ver como vai a saúde. Ou então pra levar o meu filho, pra fazer uns exames. Fora isso, muito difícil. (D. Maria Rita / Cada um tem seu jeito de ser)*

Constatei que nos cinco depoimentos apresentados a procura por atendimento em saúde acontecia em situações específicas: quando o corpo estava precisando; quando tratamentos caseiros não faziam mais efeito; quando a pessoa se sentia "apurada" ou em caso de doença. Os motivos apontados para essa não frequência ao Centro de Saúde, vinculou-se a idéia de não ocupar o serviço e não incomodar os profissionais de saúde, que só deveriam ser procurados em caso de necessidade, denotando a idéia de a Unidade Básica de Saúde cumprir uma função prioritariamente assistencial ou curativa, responsável pelo tratamento da doença já instalada. Apenas na fala da D. Maria Rita foi que identifiquei uma concepção mais preventiva (*ver como vai saúde. Ou levar o filho para fazer exames...*), que é uma das metas principais do SUS (... *com prioridade para as atividades preventivas*, - Inciso II, Art. 198 da CF88).

Outra situação que apareceu nas entrevistas foi que, em relação às mulheres, os homens procuravam menos por atendimento em saúde, ilustrada nos próximos depoimentos:

*Ele (o genro), pra carregar ele no médico, se ele não puder andar, e ele não tiver se mexendo de dor. (D. Itamara / Tem que lutar na lavoura pra sobreviver )*

*O filho já consulta ali. A nora pega ali. E o marido, pra falar a verdade, acho que ele nunca teve. Por que pra ir ao médico pra ele, meu Deus do céu. É um trabalho. (D. Rose / Não queremos dieta)*

*Não. Muitas vezes eu tenho que dar duro em cima pra ele (o marido) ir. Ele é muito pra dizer não pra ir no médico, do que sim. (D. Deusa / Em busca de sossego e solidariedade)*

Encontrei em Alves et alli (1996: 63) uma explicação plausível para esse fenômeno. Os autores, ao abordarem a concepção de saúde / doença numa perspectiva sócio-cultural, comentaram que a não aproximação do sexo masculino no que tange às questões de saúde poderia ser compreendida sobre a óptica antropológica, tendo em vista que em nosso contexto cultural, a pessoa do sexo masculino ficaria isenta da obrigatoriedade de decidir dentro do núcleo familiar sobre essas questões, cuja obrigatoriedade, geralmente, seria de responsabilidade das mulheres (cuidadoras) da família, fato confirmado nessa pesquisa,

pois das vinte pessoas entrevistadas, apenas dois homens participaram, estando presentes no momento da entrevista junto com as esposas (Alguns dizem, Sempre plantando).

Alves et alli (ibdem) apresentaram também uma outra informação: *Em relação a si, o ser masculino assume muitas vezes uma postura impessoal no que diz respeito a própria condição de doença, pois espera-se deste uma posição heróica fazendo-o subestimar suas manifestações física, pressionado pela sociedade a desempenhar sua posição como provedor do sustento familiar.*

Percebi que, na metade das famílias entrevistadas, o principal responsável pela manutenção financeira do lar estava a cargo dos maridos e pais de família. Em cinco famílias (*Cada um tem o seu jeito de ser (Maria Rita), Sempre plantando, Tem que lutar na lavoura e Domingo é dia de descanso*) tanto as mulheres, quanto os homens exerciam atividade remunerada, sendo ambos responsáveis pelo sustento da casa. Em todas essas famílias, pelas falas das esposas e sogra - os mais resistentes a "sucumbir" as doenças eram os homens, o que ratificou a informação supracitada.

### **3.2.2) Principais queixas dos Serviços de Saúde**

Mesmo com a proposta de descentralização do sistema e a garantia de atendimento de acordo com a complexidade crescente dos serviços em saúde, encontrei nas falas dos entrevistados o aspecto da burocratização dos serviços, principalmente para a marcação de exames laboratoriais e radiológicos e de consultas com especialistas, fato que prejudicava a credibilidade do sistema de saúde no município. Para ilustrar essa situação, selecionei um trecho da entrevista com D. Maria Rita, que pareceu-me um desabafo:

*Por que eu cheguei ali no Postinho com um problema sério no braço, cheguei ali , o médico não vai lhe atender. A enfermeira me deu um encaminhamento pra ir lá no Regional. Cheguei no Regional, tudo bem, fui atendida. Mas o médico me falou, me deu um encaminhamento pra começar o tratamento no Posto de Saúde da senhora. Ah, não tem médico, mas vão ter que encaixar o mais rápido possível. Estou de férias, vou voltar ao trabalho e nada de conseguir esse médico. Nem um simples encaminhamento o médico não pode me dar, aí é demais. (...) O que resta para nós no caso é a emergência e hospital, mas também fazem só o superficial. Eles não fazem um tratamento assim. No caso, nem é serviço deles. (D. Maria Rita / Cada um tem o seu jeito de ser).*

Nesse trecho, D. Maria Rita narrou uma situação na qual teve dificuldade para conseguir fazer um tratamento com um especialista. A entrevistada em questão trabalhava numa fábrica de bordados e, na época da pesquisa, queixou-se de dor nos braços, sendo que estava aproveitando seu período de férias para procurar atendimento médico especializado, mas que esbarrou na questão burocrática do processo.

Nessa situação, o fato do profissional do posto de saúde não ter feito o encaminhamento para o especialista, de certo modo impediu que D. Maria Rita prosseguisse o tratamento, o que desrespeitou os princípios do SUS, presentes nos incisos I e II do artigo 7º da Lei 8080: Universalidade de acesso aos serviços de saúde e integralidade de ações em todos os níveis de complexidade do sistema.

Além da dificuldade de se conseguir o encaminhamento para o médico especialista, outros entrevistados mencionaram algumas dificuldades para conseguirem marcar exames, devido à organização ou a demora do serviço, como os depoimentos apresentados a seguir:

*Tem que consultar com médico, daí ele faz o encaminhamento. Daí eles carimbam ali e vai pra Palhoça (sede, onde se marcava os exames para todas as unidades de saúde do município). Na Palhoça daí, tens que ir de manhã cedo, mas cedo mesmo! Pra poder pegar uma vaga. Por que assim, tem vez que tem um rapaz na porta que distribui as senhas. Mas tem vez que não tem. Aí quando abre aquela portaria, é um enxame, pra ver quem passa na frente. Quase se matam. Tem dia que dá até briga lá. Daí está errado. Se tu vai de manhã pra lá, fica na fila, o outro chega lá sete horas, está na hora de abrir e quer passar na frente, daí é sacanagem também. (D. Clara - Queremos informação)*

*Então eu acho que demora muito. Se o médico pede, e eu fui lá com dor, até que ele conseguir o resultado dos exames vai demorar três meses. Então eu acho uma coisa assim que devia melhorar. (D. Nair / Confiança em Deus)*

Para escapar da burocracia e ter um atendimento mais rápido nos serviços públicos de saúde, como exames e consultas com especialistas, a alternativa encontrada por alguns dos entrevistados foi pagar pelos mesmos, como apareceu nas seguintes falas:

*Arã. Daí se não dá aqui, ele vai pra particular, no C. (Laboratório particular) fazer os exames. Aqui foi mandado pra fazer, e não deu, no Posto. Daí ele fez no C. em particular. (D. Deusa / Em busca de sossego e solidariedade)*



*Não. Isso aí não consegui, falar a verdade. Pelo SUS eu não consegui. Eu não consegui um ultrasson pelo SUS, eu tive que pagar todos os que eu precisava fazer. É muito difícil de conseguir. É raro. (D. Clara / Queremos informação)*

Tanto D. Clara como D. Deusa referiram utilizar convênio particular, pois não conseguiam usar o SUS. Diferentemente de D. Almira que referiu que só utilizava o convênio quando necessitava que o atendimento fosse mais rápido.

*Aqui nós todos. As filhas, marido. A gente sempre, temos o convênio, eu tenho convênio, mas eu, a gente prefere ainda o Posto de Saúde. No que eles nos atendem, só num caso de uma precisão muito séria, que tem que ser rápido, daí então, a gente pega, usa o convênio, pra ser mais rápido. Mas sempre levando no Posto, pro médico do Posto dá o diagnóstico que a gente faz. (D. Almira / Tem que ter amor à profissão).*

Já D. Doroti e D. Sueli, professoras aposentadas pelo Estado, costumavam utilizar o convênio para o tratamento de saúde de seus maridos, também aposentados. D. Sueli justificou que utilizava o convênio pois o SUS não devia dispor de um tratamento tão caro. D. Doroti disse - em outro momento da entrevista - que o marido estava acostumado com o médico e por esse motivo não convinha mudar, então ela utilizava o convênio.

*Uso. E o meu marido também usa. Eu trato ele ali no C. (Clínica Particular) com cardiologista. Por que tem acompanhamento certo. Consulta ali sempre. A irmã usa (o SUS), porque ela não tem convênio nenhum. (D. Doroti / Agregados)*

*(...) eu uso mais a UNIMED pro meu esposo porque o tratamento dele é um tratamento que ele tem problema de pânico. Ele, graças a Deus hoje está melhor. Que ele não saia nem da metade do “terrero”, ela tinha medo das pessoas. (...) Então ele consulta com um neuro, e toma medicamento. Mas as vezes que eu procurei o Posto, claro que o Posto não vai ter esses tratamentos, que é um tratamento bem mais caro. Eu até cheguei a tratar dele com um Psiquiatra que tinha. (D. Sueli / Cada um tem o seu jeito de ser)*

Ao confrontar essas falas com os princípios doutrinários citados por Cunha e Cunha (2001), em publicação do Ministério da Saúde, pude constatar que, na prática, o SUS não estava conseguindo atender as entrevistadas, as quais acabavam pagando ou utilizando

convênios para que elas e/ou suas famílias pudessem ter acesso a exames ou médicos especialistas. Em algumas entrevistas apareceu o problema da demora no atendimento (exame ou consulta com especialista), o que levou as pessoas a procurarem a iniciativa privada - que deveria fornecer atendimento de forma complementar ao SUS (Par. 1º, Artigo 199 da CF 88).

Outras falas mencionaram que tratamentos mais caros não seriam custeados pelo SUS, ao passo que no Inciso II, do Art. 198 da CF 88 uma das diretrizes das ações e dos serviços públicos de saúde têm é o *atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo para os serviços assistenciais*.

Pareceu-me, então, que as pessoas entrevistadas ou desconheciam seus direitos ou não tinham paciência, ou não podiam esperar a marcação pelo SUS, sendo esses os principais motivos que as levavam a custear um tratamento particular (ou por convênio).

Isto também se dá com os medicamentos, como se vê nas falas de D. Sueli e de D. Alda. Percebi, no entanto, uma diferença, pois enquanto D. Sueli lamenta pelos "pobres", D. Alda incluiu-se nessa classe econômica.

*Eu acho que medicamentos pros pobres, coitados, não no meu caso, por que graças a Deus, eu se preciso de um medicamento, se não tem no Posto, eu posso comprar. Que afinal de contas, eu sou professora aposentada e né, se compra. Mas quantos pobres a gente vê, que vão pra pegar o medicamento e não conseguem. E as vezes, quando chega, chega de uma maneira, que só os que sabem pegam e os outros coitados ficam sem. Então eu acho que precisaria melhorar nesse ponto aí. Tomar um pouquinho de cuidado, pra pegar aquelas pessoas que são mais necessitadas. Sei lá, o Posto ter um controle, com aquelas pessoas que realmente precisam. É difícil, mas as vezes tem medicamento.(D. Sueli / Cada um tem o seu jeito de ser)*

*Às vezes tem remédio em falta. Então, pra vim mais. Às vezes eu vou lá, Ah, essa semana não tem. Outra semana, a gente vai lá é a mesma coisa ainda. (...) Olha, pra dizer, a gente leva, se precisa, se tem como ir ali... É de graça. A gente é pobre e economiza. E o meu remédio que eu tomo pra pressão é quinze reais. Só dá pra quinze dias o comprimido. É trinta por mês que eu gasto pra pressão. Já ajuda, se tem remédio.(D. Alda / Domingo é dia de descanso)*

Chamou-me a atenção a preocupação de D. Sueli pelas pessoas sem condições financeiras de adquirir os remédios necessários, bem como sua crítica ao sistema de

entrega dos remédios. Ao passo que D. Alda queixava-se por ela mesma. No entanto, nem D. Sueli, nem D. Alda mostraram disposição pessoal de se engajarem em alguma organização (popular) que lutasse pelo direito ao medicamento, e pareciam resignadas e conformadas. Ao mesmo tempo, essas duas senhoras não mostraram conhecer o direito de serem atendidas integralmente em suas necessidades, mostraram carecer de esclarecimento e informação em relação ao SUS e a suas diretrizes fundamentais. Esclarecimentos que devem ser fornecidos também pelos profissionais e pelos agentes comunitários aos usuários do sistema público de saúde.

### 3.2.3) Principais soluções encontradas

Dentre as entrevistas, consegui identificar algumas vias de acesso privilegiado aos serviços de saúde, por meio de algum conhecido, como ilustram os trechos selecionados das entrevistas de D. Vânia e de D. Beatriz:

*Aí eu fiz no Regional (o pré-natal do filho mais novo). O meu marido, ainda conhecia uma mulher lá de dentro, aí ela marcou lá. Aí eu consultei. (D. Vânia / Queremos informação, grifo meu)*

*E acho também que o Posto, às vezes você chega ali e nota que as pessoas, é atendido primeiro os amigos, os conhecidos. (...) O meu neto que está com bronquite, se eu precisar e eu procurar que a prima me ajude, pra ter um atendimento rápido. (D. Beatriz / Raízes no Aririú, grifo meu)*

D. Vânia mencionou que realizou o pré-natal no Hospital Regional (localizado no município vizinho, São José/SC), pois o marido dela conhecia uma pessoa que facilitou o atendimento. No depoimento de D. Beatriz apareceu uma crítica a prática que ocorria no posto, que era as pessoas que tinham conhecidos passavam na frente das outras. Em outro momento da entrevista, no entanto, D. Beatriz mencionou que quando um de seus netos vinha visitá-la, passava mal, ela solicitava que sua prima que atuava como agente comunitário, conseguisse um horário para ela.

Uma outra maneira de conseguir atendimento, encontrei na entrevista com D. Ana e foi a utilização dos serviços de emergência do hospital.

*Tem que ir em outro local, e esse ali, só na emergência. Se tu leva criança com 40 graus de febre no posto, tu já leva no hospital. É melhor lá. Já ganha remédio, tudo. Eu já prefiro levar ele pra lá. Às vezes, eu não tenho dinheiro em casa, eu chamo a polícia, levo*

*ele com a polícia. Semana passada era um dia, ainda. (D. Ana / Preocupa-nos o dia de amanhã)*

Nesse último depoimento encontrei uma das maneiras de se conseguir atendido mais rapidamente, utilizando os serviços de Emergência dos hospitais públicos, o que não deixa de ser uma forma de "resistir" ao que estava posto, pois subverte a ordem de esperar pelo atendimento no posto. Porém esse comportamento acaba revelando um desconhecimento em relação ao atendimento em saúde prestado no Posto de Saúde, o qual deveria ser a porta de entrada dos serviços de saúde. Desse modo, a procura pelas emergências dos hospitais para tratamento de enfermidades que deveriam ser resolvidas na atenção primária, acaba onerando os hospitais públicos e/ou beneficentes, os quais, por sua vez, não conseguem suprir a demanda e, conseqüentemente, deixam de realizar outros atendimentos de média e alta complexidade.

Para ter acesso a medicação, D. Ana utiliza outra estratégia, como demonstra o trecho selecionado a seguir:

*Aí eu tenho que comprar fiado na farmácia. Aí eu fico pagando de pouco, em pouco. Ainda bem que eles me conhecem na farmácia, então eles vendem. (Preocupa-nos o dia de amanhã)*

Escolhi esse trecho da entrevista com D. Ana, para ilustrar como as pessoas, apesar de todas as dificuldades, encontram outros caminhos para conseguir resolver as suas necessidades imediatas. No caso dessa entrevistada, ela comprava fiado ou negociava o prazo de pagamento com o proprietário de uma farmácia, que não deixa de ser uma forma de resistir a um sistema que não consegue atender integralmente a todas as pessoas.

Em todos os depoimentos citados, pude perceber que os princípios do SUS de equidade, universalidade, integralidade, descentralização e controle social não estavam sendo respeitados. De um lado uma população que não conhecia os seus direitos e, de outro lado, gestores com dificuldades na implementação das diretrizes, cujas raízes devem ser avaliadas com cautela e mais profundidade. O resultado desse embate é uma população que tinha um acesso dificultado para marcação de exames e de consulta com especialistas, bem como a medicação necessária e que, recorria a emergências hospitalares, conhecidos ou convênios particulares para ter acesso mais facilitado a especialidades médicas, exames e medicamentos.

### 3.2.4) Principais propostas apontadas

Apareceram depoimentos no sentido de sugerir mudanças que poderiam ser feitas para diminuir a burocracia e facilitar o acesso da população à realização de exames.

Como as que constatei nas seguintes falas:

*Não, o “dereito” de vocês, consulta com o médico aqui, carimba aqui mesmo, pra fazer os exames. Vai lá faz os exames, a metade do serviço. (D. Itamara / Tem que lutar na lavoura pra sobreviver)*

*E depois outra, o Posto devia de ter, fazer as análises, as mais corriqueiras, pra fazer exame de verme, o Posto aqui devia já de ter um laboratoriozinho, pra não precisar, pra não precisar mandar pra Palhoça. (ir para sede, onde acontecia a marcação dos exames nos laboratórios conveniados ao SUS) (D. Almira / Tem que ter amor a profissão)*

*Uma máquina de bater raio- x, eu acho que precisava ali, porque a gente quer fazer alguma coisa tem que ir cá pra baixo (para o centro do município ou outros municípios). É uma peça importante ter isso ali. (...) porque muita gente faz. Aí quando faz tem que ir lá pro centro bater. (Sr. Antenor/ Alguns dizem)*

A primeira entrevistada apontou que um dos caminhos seria cada posto de saúde fazer a marcação diretamente com os laboratórios convencionados, evitando tumultos e filas numa única central de marcação (como acontecia no município). D. Almira sugeriu que se montasse um pequeno laboratório para a coleta de material e a realização de exames mais simples. Já o Sr. Antenor sugeriu que cada Posto de Saúde tivesse uma máquina para tirar radiografia, o que evitaria que as pessoas que necessitassem, tivessem que se deslocar para outros lugares em busca do serviço.

Quanto à falta de medicamento, D. Ana sugeriu que:

*Acho que o governo ajudar mais os pobres, e colocar mais remédios nos Postos. Eu acho assim, que os pobres não tem condições de comprar. Às vezes, é um remédio caro, não tem condições de comprar, essas coisas assim. Daí eu acho assim, se o governo botasse mais remédio nos Postos, era melhor.(D. Ana / Preocupa-nos o dia de amanhã)*

D. Almira foi a única que citou a formação dos médicos e o amor à profissão:

*Eu acho assim que ainda vai muito tempo, até que tem profissional que se conscientize do dever dele, que tenha amor a*

*profissão, aí vai começar a caminhar. Por que tem uns que trabalham só por trabalhar. Trabalhar pelo SUS não é lucro. O que eles ganham não compensa. Então é, mas quando organizarem, tiverem organizado direito, aí vai funcionar bem. Mas pra isso precisa ter gente que tenha amor à profissão. (D. Almira / Tem que ter amor à profissão, grifos meu)*

D. Almira, a seu modo, trouxe uma importante visão sobre os profissionais da saúde, como o descompromisso e a falta de amor com a profissão. De uma forma particular, no entanto, falou de sua crença de que quando houver uma organização eficiente dos serviços de saúde, as coisas melhorem.

Nesse sentido, encontrei nas entrevistas, algumas soluções para os problemas que as pessoas entrevistadas encontravam no seu dia-a-dia em busca de atendimento em saúde, cujas soluções nem sempre possíveis de serem colocadas em prática, mas que, no entendimento dessas pessoas poderiam contribuir significativamente na diminuição da burocracia presente, principalmente, nas marcações de exames e consultas com especialistas, o que facilitaria e/ou garantiria um atendimento em saúde mais acessível e digno a todas as pessoas.

### **3.2.5) O Bom Atendimento Médico**

Selecionei, dentre as entrevistas, trechos de depoimentos que mencionavam o atendimento médico. Como nem todos os médicos citados chegaram a pertencer ao PSF, optei por desenvolver essa subcategoria relacionando-a ao Posto de Saúde. Dos médicos citados - todos tiveram o nome alterado, a Carla foi uma das médicas que iniciou com o PSF no bairro. O Álvaro e o Marcelo foram médicos do Posto antes da implantação do Programa. A Moema continuava sendo a ginecologista do Posto. O Adriano e o Fabiano eram os médicos que faziam parte da equipe do PSF, sendo que no período da entrevista, o primeiro tinha se desligado da equipe, desfalcando-a e ocasionando muita reclamação por parte das famílias residentes nessa área.

*Oh, eu consultei uma vez com o Dr. Adriano. Pra mim ele foi ótimo médico, foi bom. Ele mandou fazer o exame de coração, eu fiz. Exame de sangue, mandou fazer tudo. O Dr. Álvaro também foi um médico muito bom. Dr. Marcelo, também, não tenho nada que reclamar dele. Eu fiquei internada com ele em Santo Amaro, não tenho reclamação dos médicos. (...) Atendeu. Por que o Adriano não pergunta as coisas, e o Dr. Álvaro às vezes pergunta. Ele só*

*chega lá e escreve né, O Dr. Adriano. E tu vê, como eu tinha problema no meu braço direito, eu acho que ele era obrigado a mandar fazer um raio-x do braço, mas ele não mandou. Ele disse não precisa. O Dr. Adriano não, quando chegava lá com uma dor, ele logo diz, vamos fazer um raio-x pra ver logo o que é que é. Por isso tem diferença nos médicos, tem. Pra mim o Dr. Álvaro era um pouquinho melhor que o Dr. Adriano.(D. Soraia / Alguns dizem)*

O que chamou a atenção nesse depoimento foi o fato da entrevistada elogiar os dois médicos e, num segundo momento, criticar um deles por não ter solicitado um exame de raio-x demonstrando uma certa ambivalência em seu discurso: o atendimento foi bom, mas como confiar no diagnóstico de um médico que não pede exames? Lógica que, como apontou Da Ros (2000) perpassou pela historicidade do atendimento em saúde no Brasil, cuja ênfase deu-se na utilização de equipamentos e procedimentos sofisticados (exames, cirurgias, etc.) nem sempre necessários, mas que encareciam e muito os serviços de saúde pública.

No depoimento seguinte percebi que existia uma relação entre a atenção da médica / eficiência do ato médico e a solicitação de exames laboratoriais, corroborando com o depoimento anterior:

*Era. Muito atenciosa, Meu Deus. Ela foi pro (Posto de saúde do) Alto Aririú agora. Não está mais ali. Mas, ela é uma médica muito atenciosa. Por isso que eu troquei. A Moema (ginecologista) deixava muito a desejar. Uma ótima médica, tudo. Mas a Helena (filha da entrevistada), eu precisava fazer exame, ela não pedia. Aí tive a oportunidade de mudar, eu mudei. A outra médica, a Dra. Carla já pediu um monte de exame, pra ver se estava com anemia. (D. Clara / Queremos informação)*

Em um outro depoimento o que se destacou foi o saber do médico em relação ao problema de saúde apresentado.

*Olha, até bem. Ele (médico) achou assim que estava tudo bem com a coluna. Daí, depois, levei ainda de volta pra ele. Ele disse que ele (marido) não pode fazer esforço. Ele logo conheceu tudo, sabia tudo o que era. Muito bom ele. (D. Deusa / Em busca de sossego e solidariedade)*

Então, tanto nos depoimentos anteriores, como nos dois que seguem, o bom atendimento médico estava relacionado à atenção do médico para com as entrevistadas, que

apareceu no cuidado pós-consulta - no primeiro trecho selecionado, e na conversa atenta (escuta) que apareceu na fala de D. Vida.

*Daí depois ele (Dr. Adriano) marcou todos os dias pra mim fazer curativo. Sempre ia olhar como estava. Muito bom o atendimento.(D. Doroti / Agregados)*

*Eu gostei muito dele (Dr. Adriano), muito atencioso, conversou comigo. Porque tem médico que não dá bola. Não conversa com gente velha. Ele não. (D. Vida / E assim vai a vida ...)*

Assim, a formação de vínculos mais fortes entre profissionais e as famílias ou comunidades atendidas, torna-se imprescindível para a efetivação da propostas apresentadas pelo Ministério da Saúde em relação ao PSF.

No último depoimento que selecionei sobre o atendimento médico, apareceu a bondade do médico, relacionado a fato de consultar sem agendamento, bem como o de fornecer a medicação para o tratamento.

*Aquele médico que trabalhou pro outro lado de cá, do Posto, aquele era bonzinho. Ele atendia qualquer hora que eu podia chegar. Quer ver a Carla. A Carla era tão querida, ela. Se tu ligasse, tava com febre, já podia levar que ela atendia. Ela já olhava, já dava o remédio pra doença que ele tinha. (...) Tinha mais, tu ia lá consultar, ela ia procurar, que tinha remédio pra aquela doença, não tinha um tipo, ela dava outro. Atendimento bem melhor, que eu quero dizer. Tu precisava um remédio, daí não tinha, daí ela dava outro, pra recuperar aquele. A Carla era assim. Muito boazinha ela. Pena que ela saiu. (D. Ana / Preocupa-nos o dia de amanhã)*

O depoimentos selecionados demonstraram como as pessoas entrevistadas entendiam um bom atendimento médico. Os dois primeiros mencionaram o fato do médico/a solicitar sempre muitos exames, o que passava a sensação de maior segurança no diagnóstico apresentado pelo profissional. O terceiro depoimento relacionou-se com o conhecimento do médico para acertar no diagnóstico. Em vários depoimentos apareceu além da eficiência do ato médico, características relevantes como atencioso, bonzinho, querido e cuidadoso.

É interessante observar que em nenhum dos depoimentos apareceu a forma de comunicação do/a médico/a, se explicava bem sobre o diagnóstico e sobre o tratamento



necessário ou envolvia-se com os problemas apresentados na comunidade como um dos itens do bom atendimento.

Desse modo, o que foi mais valorizado e percebido pelas pessoas entrevistadas foi o fato do/a médico/a ter solicitado vários exames, ter sido atencioso ou gentil, denotando no primeiro caso uma cultura centrada no diagnóstico médico, baseado nos resultados de vários exames; que superdimensiona o saber médico em detrimento do popular e que não valoriza a educação em saúde pelos profissionais de saúde.

E, no segundo caso, mais centrada na relação médico-paciente, que é uma das propostas de trabalho para o PSF, isto é, a formação de vínculos afetivos e de confiança entre os profissionais da equipe de saúde da família e os pacientes e seus familiares, visando a maior adesão ao tratamento e, por conseguinte, uma melhoria na qualidade de vida e saúde tanto das pessoas atendidas quanto dos próprios profissionais de saúde.

Mendes (1996) referiu-se ao SUS como uma instituição histórica e social em constante transformação, que foi gestada e estruturada a partir de embates nos planos políticos, tecnológicos e ideológicos. Desse modo, sua legalização, normatização e operacionalização deveriam ser compreendidas como resultantes de um processo democrático de discussões entre os diversos atores sociais que defendiam / defendem projetos em saúde voltados para os interesses de uma coletividade e não de um grupo privilegiado.

Assim, a criação do SUS e a definição de seus princípios doutrinários de universalidade, equidade e integralidade de ações, estabeleceu uma nova concepção de saúde - doença e a implantação de um novo modelo sanitário dela derivado. Entretanto as mudanças na forma de se conceber e atuar em saúde não ocasionaram uma real revolução na população atendida, nos profissionais de saúde, tendo em vista que dependem, em grande parte, de transformações culturais que levam tempo para serem construídas.

Assim, constatei que, na maioria das respostas dos/as entrevistadas, a rede pública de saúde foi citada como uma opção para os "pobres" terem acesso ao tratamento clínico e medicamentoso. E, em alguns casos, a procura por serviços privados ou conveniados tornou-se uma alternativa para conseguir acesso mais rápido e facilitado. Nesse sentido, pareceu-me que essas famílias residentes no Médio Aririú não haviam incorporado os direitos do novo modelo de atendimento em saúde.

Acredito que um dos grandes obstáculos para a real efetivação do princípios do SUS reside na formação (fragmentada) do profissional de saúde, eminentemente biologicista, hospitalocêntrica, centrada na patologia e na relação assimétrica entre profissionais e pacientes.

Outro entrave constitui-se na falta de informação e de esclarecimento tanto dos profissionais quanto dos usuários sobre a história da construção do SUS, seus princípios norteadores e, principalmente, do conhecimento do direitos individuais e coletivos. Por esse motivo, penso que o resgate do processo de construção do SUS e dos seus fundamentos que consideram o ser humano, atuante e capaz de modificar-se e modificar a sociedade em que vive, permite vislumbrar um novo horizonte para a atenção primária, que priorize a educação e a promoção em saúde.

### **3.3) Programa de Saúde da Família**

O Programa de Saúde da Família (PSF) vem se configurando como uma estratégia para a implementação do SUS que *propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como para a sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidade assistencial*. (Souza, 2000:04) Desse modo, a unidade básica de saúde ou posto de saúde, passou a ser entendida como porta de entrada do sistema, implicando uma reorganização e reestruturação das ações e serviços de saúde em atenção básica, principalmente.

#### **3.3.1) Concepção do Programa de Saúde da Família**

Compõe essa subcategoria, trechos selecionados das respostas obtidas quando as pessoas entrevistadas foram questionadas sobre o que sabiam a respeito do Programa de Saúde da Família, onde tinham escutado falar, se no bairro já estava funcionando. Em geral, o que pude perceber foi um desconhecimento quase que total sobre o Programa, sua organização e funcionamento.

Ao serem questionadas sobre o Programa de Saúde da Família ou PSF, D. Maria Rita (Cada um tem seu jeito de ser) respondeu que já tinha ouvido falar por cima, mas que não sabia do que se tratava, pois tinha visto alguma coisa na televisão, mas não tinha prestado atenção (sic). D. Deusa (Em busca de sossego e solidariedade) respondeu que *Acho que passou na televisão. Está dando isso. Isso aí já há anos que eu já estou sabendo*

*disso. D Itamara ( Tem que lutar na lavoura para sobreviver) mencionou que não tinha escutado falar do programa de saúde da família, porém quando questionada sobre o médico de família, respondeu: Ah, isso já. Eles vão na casa. Que a pessoa não podendo, ele vai atender. Isso aí já. Eu tinha um tio no Alto Aririú, eles vinham direto lá. Ele tinha câncer. Eles iam direto, aplicar nele a injeção.* Resposta similar a do Sr. Arno (Sempre Plantando), quando inquirido sobre o médico de família: *Ah, ele , de vez em quando vem aqui, na casa do irmão. O médico.* Contudo, o Sr. Arno desconhecia se esse médico que visitava o irmão era o mesmo que atendia no posto de saúde ou se era proveniente de outra instituição.

Constatei então, que a grande maioria dos entrevistados ouviu falar do PSF na televisão (Vale lembrar que o PSF foi um dos principais carros-chefes da campanha de um dos candidatos à Presidência da República, nas eleições do ano de 2002), mas não sabia direito sobre o que se tratava e como funcionava na comunidade; bem como não conseguia relacionar o médico com a equipe e o programa de saúde da família.

Dentre as pessoas que responderam que já tinham escutado falar do PSF, questionei-as se sabiam se o programa já tinha na sua localidade, e, para minha surpresa, a grande maioria não sabia nada a respeito, como mostram os trechos que selecionei:

*Não. Pode até ter, mas que eu saiba não. Nunca conversei com alguém que tenha me falado a esse respeito. (Maria Rita / Cada um tem o seu jeito de ser)*

*Olha, que eu escutei falar, acho que não. Eu nunca escutei falar. Pode até ter, por que quando eu vou pra lá. Eu só vou no dentista, ou quando tem machucado. Pode ser que tem. Eu não estou bem informada. Assim se passa ou não passa. Por que relaxei um pouco dos médicos. (D. Marta / Tocando a vida, apesar da dor)*

No período da realização das entrevistas, já fazia um ano que o Programa de Saúde da Família tinha sido implantado no Centro de Saúde do Médio Aririú e, pelos trechos selecionados fica evidenciado que os/as mediadores/as em saúde das famílias não estavam informadas sobre as modificações que aconteceram, nem sobre o porquê das mesmas.

Percebi também que, em geral, as pessoas não mencionaram algum integrante da equipe como informante, sendo que os esclarecimentos sobre o programa foram recebidos pelos usuários via televisão ou por conhecer alguma pessoa que recebia acompanhamento médico em casa. Então, é possível supor que o processo de implantação do programa nesse

bairro não conseguiu atingir a participação de grande parcela de sua população, ocasionando uma grande confusão por parte de alguns moradores.

Outra situação que me surpreendeu foi quando questionei sobre a atuação do médico de família na comunidade e algumas entrevistadas responderam:

*Olha, eu acho que pra medir pressão tem. Eu acho que ali na Dona Vitória (vizinha), ali em baixo tem. Eles já passaram ali, mediram.(...). Depende se a pessoa está doente eles já ficam pra observar se precisa de exames, alguma coisa, né? Tem uma vizinha que deu um derrame, eles vão na casa dela também. Marcam exame pra fazer e tudo. (D. Deusa / Em busca de sossego e solidariedade))*

*Não. Aqui não. O que era, que eu sei, que fazia visita nas casa, como eu te falei, foi a Carla. Os outros eu não fiquei sabendo. Tanto quanto, tem esse menino aqui em cima, que tem problema de saúde, que depois de uma batida de carro que houve com ele, ele ficou com um problema mental sério, sério. Então a Dra. Carla sempre ia ali. E depois que a Dra. Carla saiu, nunca mais foi alguém ali. (D. Almira / Tem que ter amor à profissão)*

*Não. Esse aqui, eu assim, não tô por dentro. Que eles até que chegaram a falar, que ia ter médico, que ia visitar as pessoas, que tavam doente em casa. Isso aí eu escutei falar. Mas só que a gente não está por dentro, quem é que vai. (D Itamara / Tem que lutar na lavoura pra sobreviver )*

Novamente, o que eu constatei nos depoimentos foi um desconhecimento dos entrevistados em relação ao médico de família estar integrado a uma equipe e, vinculado a um programa de atenção básica em saúde da família. Na fala de D. Nair, este fica bastante evidenciado.

*Pelo menos não foi falado né, mais eu acho que eles uniram, no meu ver, eles uniram o SUS com a família, com o INSS. Acho que está tudo unido num só, pelo que eu vejo. (D. Nair / Confiança em Deus)*

D. Nair de uma forma um tanto confusa, acabou dando uma preciosa informação do modo como as pessoas simples, em sua sabedoria compreendem e explicam a complexa construção histórica e processual do SUS, como um sistema unificado e integrado de atendimento à saúde das famílias. Embora misturando algumas siglas (como INSS), D. Nair pontuou algumas considerações precisas sobre a nova estruturação do SUS, tendo a

família e suas redes de relação como locus privilegiado de atenção (que é uma das metas do PSF).

Desse modo, defendo que escutar e entender o modo como o povo está convivendo e apropriando-se das modificações que aconteceram no setor saúde - principalmente após a implantação das equipes de saúde em suas localidades, pode ser um excelente ponto de partida para as equipes iniciarem um efetivo trabalho de educação em saúde, que valorize o saber popular, estabeleça uma relação menos assimétrica entre profissionais e público atendido e promova a ressignificação desse sistema público e unificado de saúde.

### 3.3.2) Principais queixas indiretas ao PSF

Após a leitura e análise das entrevistas e, com a informação de que as pessoas entrevistadas, em sua maioria, desconheciam ou pouco conheciam sobre o PSF, cheguei ao entendimento de que as críticas que apareciam nas falas dos entrevistados não se dirigiam às falhas da instalação do programa, mas recaíam sobre fatos isolados e pouco compreendidos por essa população.

Desse modo, identifiquei três queixas mais recorrentes: divisão por área para atendimento médico, falta de médico e as constantes trocas dos profissionais.

Quanto ao primeiro aspecto, divisão por área, as falas de D. Nair e D. Almira, são muito ilustrativas.

*Acho que vai até Alto Aririú e até no trevo do Baixo Aririú, tem Aririú Médio. Então aqui do Posto pra baixo é um médico. Não dá. É muita gente para um médico só. (D. Nair / Confiança em Deus)*

*E depois outra coisa, que eu achei ruim, ruim, ruim, essa divisão deles. Que do Posto pra cá, do Posto do Airton (Posto de combustível) pra cá, nós pertencemos ao médico da manhã, o Dr. Adriano e, do Posto pra lá, é esse Dr. Fabiano. (D. Almira / Tem que ter amor à profissão)*

D. Nair e D. Almira desconheciam o motivo da divisão das áreas para o atendimento dos médicos, bem como, a existência de uma equipe de saúde da família. Através de suas falas, inferi que ambas entendiam que essa divisão de forma restritamente geográfica (antes e depois do posto de gasolina; até Alto Aririú e até no trevo do Baixo Aririú) e não como

uma área de cobertura para a atuação das equipes - como um limite máximo de 1000 famílias ou 4.500 habitantes, como estipula o Ministério da Saúde (2000).

D. Almira trouxe também uma outra questão, que um dos médicos atendia no período da manhã e o outro no período da tarde. Durante a realização da pesquisa, fui informada que os médicos que atuavam nas duas equipes tinham outras ocupações profissionais (fato que vai de contra a proposta do Ministério da Saúde). Por isso, supus que, em alguns dias da semana, os médicos revezavam-se nos atendimentos, como apontou o depoimento de D. Almira.

Outra queixa presente na fala das entrevistas foi a falta do médico. Como mencionado anteriormente (contextualização da pesquisa), uma das áreas cobertas pela equipe do PSF estava sem médico há cerca de um mês, pois o mesmo havia solicitado a sua desvinculação da equipe.

*Pois é veio. Mas agora vamos ver se vêm outro. Não tenho nada de mal pra falar dos dois médicos que vieram aqui, eles me trataram bem. Mas esses dias eu precisei de um médico, mandei chamar e não veio ninguém. Não vieram, então foi ruim pra mim. (D. Vida / E assim vai a vida ... )*

*Eu fui e disseram que nós não tinha médico. Foi pra fazer um curso. Aí não foi só eu. Foi a senhora Dona Fátima, outra senhora lá na frente, a Dona Ieda. Nessa rua aqui já foram três pessoas. Chegamos lá, não, vocês podem ir embora. Que pra vocês não tem médico. Daí uma senhora ali de idade, ainda disse, como é que pode, a gente é a mesma gente que os outros são. Os outros não são melhor que a gente. Daí a moça disse, mas eu não posso fazer nada, o papel está ali colado. Daí nós fomos embora. (D. Soraia / Alguns dizem)*

*E depois outra, precisar como eu precisei, que eu fui lá com a minha pressão alta, o médico tava ali, só por que eu era dessa outra ala, do Posto pra cá, ele não me atendeu, porque ele é médico daqui pra lá. Acho assim, que numa hora de uma precisão, não tem médico, que por que é de lá, não atende os de cá. Eu acho que isso aí tá errado também. (D. Almira / Tem que ter amor à profissão)*

Apesar de apresentarem basicamente o mesmo conteúdo - queixa pela falta do médico - as entrevistadas reagiram diferentemente frente a essa situação. D. Vida (93 anos) tinha sido visitada duas vezes (Dr<sup>a</sup>. Carla e o Dr. Adriano). No início de sua fala, D. Vida

minimizou sua crítica ao dizer que gostou muito do atendimento dos médicos, para depois dizer que quando precisou não teve, foi ruim para ela. Lembrando que D. Vida só procurava atendimento quando estava apurada para não incomodar, compreende-se porque achou que a falta do médico foi ruim para ela.

Chamou a minha atenção na narrativa de D. Soraia o fato dela ter contado que as suas conhecidas que estavam no posto, reclamaram de não serem atendidas, pois eram gente igual as outras (sic), o que denotou uma noção de universalidade do SUS. Entretanto, após a justificativa apresentada pela atendente do posto, elas simplesmente foram embora. D. Soraia não assumiu também como sua a reclamação, por esse motivo mencionou a fala de outras pessoas. Essa foi uma característica marcante de sua entrevista. Ficou evidenciado para mim que, apesar da queixa, ela e suas companheiras conformaram-se com o não atendimento e foram embora, sendo que a única reação contrária parece ter sido a reclamação verbal das companheiras.

No depoimento de D. Almira, a mesma referiu que achava errado precisar de atendimento médico, mas pelo fato dele atender para a outra ala (área) não a atendeu naquele dia. Apesar de D. Almira assumir que achou a atitude do médico errada, pois ela precisava do atendimento, pareceu-me que ela agiu da mesma forma que D. Soraia, isto é, reclamou, mas se conformou e retornou para casa sem atendimento.

Das pessoas entrevistadas que se queixaram, as quais procuraram o Posto e não foram atendidas, pareceu-me que todas ficaram revoltadas, mas nenhuma delas conseguiu ter seu direito assegurado, nem informação ou disposição suficiente para lutar por ele. Então, a atitude tomada frente à recusa ao atendimento foi, em geral, a reclamação e a retirada do local (Posto).

Uma das explicações para a falta de médico, encontrei num trecho da entrevista com D. Soraia (Alguns dizem) que mencionou não entender o que estava acontecendo, pois: *Eu escutei uma conversa por ali, que era negócio de política. Estamos conversando, mas também não temos certeza.* Dessa maneira, a justificativa que D. Soraia deu para o fenômeno, ao mesmo tempo que não responsabilizou diretamente ninguém, demonstrou um certo movimento das pessoas, que já estavam conversando sobre o assunto, mesmo sem grandes certezas.

Além da falta de médico, duas das entrevistadas reclamaram da rotatividade dos profissionais no Posto de Saúde, que foi agravado com a implantação das equipes. Tendo em vista que, com o início do PSF, saiu o médico que consultava há mais de dez anos no mesmo Posto e, em seu cargo assumiu a Dr<sup>a</sup>. Carla que ficou cerca de seis meses e foi atuar em outra localidade. Com a saída dessa profissional, vieram dois novos médicos - Adriano e Fabiano; sendo que o primeiro, no período das entrevistas, tinha solicitado a sua desvinculação.

*Os médicos tinha um monte. O Dr. Álvaro também trabalhou ali. Tinha o Dr. Marcelo, também trabalhava ali. Eles nem trabalham mais ali, saíram já. Tinham um monte de médico aí. Mas eles trocam muito de médico. Agora os médicos que tem ali, eu nem sei o nome deles, eu escutei o Dr. Fabiano e o Dr. Adriano. (D. Marta / Tocando a vida apesar da dor)*

*(...) quando eu cheguei no Posto, que eu fui procurar o Dr. Álvaro tinha mudado. Daí então, depois, não sei que médico veio no lugar dele. Ah, foi a Dra. Carla. Olha, isso, nada, nada, deve, uns 4, 5 meses, deve estar acontecendo isto. E você vê, passou, o Álvaro saiu, ele já estava anos e anos com nós aqui, daí veio a Carla, depois da Carla, veio um outro que eu não lembro o nome dele, daí depois veio o Dr. Adriano, esse outro que é o que atende a tarde agora, não sei o nome dele, é Dr. Fabiano parece (...) Então eu acho que nesse ponto, eles tinham que ver, e procurar melhorar nesse sentido. E não mudar, não ficar assim com essa mudança de médico. Ter um médico mais permanente. Pra poder acompanhar. (...). Por que veio outra enfermeira, que nem lembro o nome da outra, daí veio a Madalena, você vê, já mudou uma duas três vezes de enfermeira chefe. Três enfermeiras chefe já mudou ali dentro, dentro de pouco tempo. Agora essa última que tinha, a gente achava até que, gostei assim do andamento dela, da abertura que ela ia dar pros trabalhos ali, mas agora vamos ver o que vai acontecer. (D. Almira / Tem que ter amor Família 5)*

A constante troca dos membros da equipe, acaba fazendo com que o paciente tenha que relatar várias vezes a mesma história de suas doenças, o que é um componente a mais no seu processo de enfermidade. Quanto à rotatividade diz respeito ao vínculo médico-paciente, demonstrado na fala do Sr. Arno: *Agora estou esperando, tomara que ele volte de novo. Porque eu estou em tratamento com ele. (Sr. Arno / Sempre plantando)* É importante



ressaltar, que o vínculo profissional - paciente / família tornou-se umas das principais metas da atenção básica em saúde, que para ser efetivada, precisa entre outros, da manutenção dos profissionais nas equipes.

Nas publicações do Ministério da Saúde (1997, 2000 e 2001) o PSF foi concebido como uma estratégia de atenção básica em saúde, cujos principais objetivos eram a criação de vínculo entre profissionais de saúde e a população atendida, a agilidade, a eficiência e a integralidade de ações do atendimento em saúde. No entanto, o que pude constatar nas falas de algumas das pessoas entrevistadas foi que, no Médio Aririú, esses objetivos não estavam sendo plenamente efetivados, tendo em vista que a própria estruturação e organização das equipes estavam deficitárias com a constante troca de seus profissionais, dificultando a constituição de uma equipe que pudesse além de conhecer, desenvolver atividades efetivamente educativas com a comunidade em que atuavam.

### **3.3.3) Relação com a Equipe**

Outro tópico contemplado nas entrevistas foi a relação dos usuários com a equipe de saúde. Não havia, por parte da maioria das entrevistadas, um conhecimento do pessoal que trabalhava no Posto.

*Olha, a única que eu conheço é a Bruna. Tem a outra, a Matilde. Elas são legal. Bem queridas elas. As outras entraram a pouco tempo, eu vou pouco no Posto. Nem conheço elas, ainda. Eles entraram assim, são pessoas novas pra mim. A única que eu conheço, uma é a Bruna a outra é a Matilde. (D. Alda / Domingo é dia de descanso)*

*A Lilian, a Heloísa e os outros são tudo funcionário novo agora. Agora, o resto eu não conheço ninguém. Só as duas. (D. Soraia / Alguns Dizem))*

Em geral, as pessoas que utilizaram os serviços do Posto consideraram-se bem atendidas, sendo que as características apresentadas foram a simpatia, a bondade e o ser querida, isto é, qualidades relacionadas ao jeito de ser das pessoas, mas do que pela sua competência técnica. O bom atendimento dos profissionais foi associado à atenção e à disponibilidade mais do que ao atendimento em si.

Quanto a não saber o nome das pessoas que trabalhavam no Posto, encontrei no depoimento de D. Sueli uma explicação plausível para esse fato:

*Eu, sabes que eu não sou de guardar o nome das pessoas, eu guardo muito a fisionomia das pessoas. (...) Eu conheço muito elas, são pessoas muito queridas, mas o nome assim eu não poderia te dizer.(D. Sueli / Cada um tem seu jeito de ser)*

D. Sueli, de certo modo, identificou que as características físicas ou as qualidades individuais marcavam mais do que o próprio nome das pessoas. Acredito, no entanto, que a grande rotatividade de profissionais associado ao elevado número de pessoas (usuários e profissionais) que circulam na unidade de saúde, pode inviabilizar um contato mais íntimo e pessoal entre a população atendida e a equipe de saúde, necessário para a formação e o fortalecimento de vínculo (uma das metas do PSF).

Em relação a figura do/a ACS, identifiquei algumas falas contraditórias sobre a sua atuação, como apresento nos trechos a seguir.

*Ela (agente comunitária de saúde) pergunta como é que está, se está tudo bem. E se estão precisando de alguma coisa. Só que a gente comenta o que precisa, mas coitada, não está nas mãos dela resolver tudo.(D. Maria Rita / Cada um tem o seu jeito de ser, grifo meu)*

*Ela (agente comunitária) explicou mais ou menos. Eu não entendi nada. Por que ela não resolve nada.(D. Fátima / Se tiver alguém doente todos ficam abatidos, grifo meu)*

*D. Clara - É mais assim, pra ver a situação das pessoas, um acompanhamento das pessoas, da família, das crianças. A verdade é que quase ninguém vai pro Postinho de Saúde. Às vezes a criança está desnutrida e tudo, e ali ela tem um acompanhamento. Por que ela vê o peso, tudo. Vê também se a vacinação está em dia, por que às vezes a mãe não sabe. Ou ela até esqueceu. Então ela lembra a gente. Tal dia a Helena vai ter vacina, né mãe. Aí, às vezes você até esquece. Ai, é mesmo! Ela sempre olha a vacinação. Ela tem uma apostila pra marcar tudo. Então ela marca na ficha da Helena. Aí vê se está doente.*

*D. Vânia - Cada casa que ela vai, tem a sua fichinha. Aí ela marca, o nome do pai, o nome da mãe, o nome da criança, a idade. Tem umas perguntas que ela faz todo mês.*

*D. Clara - Eu tinha levado a Helena no Postinho, daí ela bem assim, ah, a Helena está melhor? Ela já sabia que ela tinha ido no postinho.*

*D. Vânia - O mês passado ela já anotou o medicamento que ele tomou, direitinho.*

*D. Clara - É, daí ela deixa essa ficha, acho que no Postinho. Eu acho bom o trabalho que elas fazem. (Queremos informação, grifos meu)*

Nas duas primeiras falas, observei uma certa atitude de descrédito em relação ao trabalho da agente, representada em frases como estas: não consegue resolver, não adianta nada ela vir aqui. (sic) Por outro lado, na maior parte das entrevistas, esse membro da equipe foi descrito como alguém que estava vinculado ao posto, que acompanhava de perto a situação de saúde das famílias e que prestava bom serviço para a comunidade, como demonstrou o diálogo entre a D. Vânia e a D. Clara.

De acordo com o Ministério da Saúde (2000: 17) O agente comunitário de saúde deveria ser um importante elo de ligação entre a equipe e as famílias *que potencializa o trabalho educativo, à medida que faz a ponte entre dois universos culturais distintos: o saber científico e o saber popular*. Sendo o seu trabalho realizado junto aos domicílios das famílias residentes em sua área de abrangência e tendo como atribuições específicas a orientação das famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde, agendando consultas e exames, quando necessários, bem como a realização de acompanhamento sistemático e mensal com as famílias sob sua responsabilidade, informando a ESF sobre a situação das famílias acompanhadas, entre outras atribuições. Através do depoimento de D. Clara e D. Vânia, deduzi que as agentes dessa área estavam conseguindo cumprir parcialmente as atribuições propostas pelo Ministério da Saúde. As falas a seguir reforçaram essa minha suposição.

*Olha, pra falar a verdade, depois que a agente de saúde, já ia antes, mas levava tempo. Depois que ela passou assim, fazendo aquela pesquisa da pressão alta, que ela até que marcou o número, que eu comecei a ir. E a médica está vendo que eu estou precisando de fazer um tratamento, daí que eu estou pegando e indo. (D. Rose / Não queremos dieta, grifos meus)*

*Quando eu vi as agentes de saúde trabalhando, que eu vi que tinha uma forma melhor de atendimento, eu procurei. (D. Beatriz / Raízes no Aririú, grifo meu)*

Nesses relatos constatee a importância que as entrevistadas dispensaram para as agentes comunitárias de saúde. No primeiro relato D. Rose comentou que começou a

freqüentar o posto depois que a agente passou em sua casa. Já D. Beatriz mencionou que recuperou a credibilidade dos serviços públicos de atendimento em saúde e a freqüentar mais o posto, ao invés de seu convênio em saúde, por causa do serviço das agentes.

### 3.3.4) As Percepções sobre as Mudanças do Posto de Saúde

*Mas assim pra Clínico Geral melhorou 100%. Porque a gente vai ali, não precisa ficar naquela fila de madrugada. Vai lá, às vezes, marca pra mesma semana ou pra outra semana. Assim melhorou muito, porque antes era, tinha que marcar, às vezes, pro outro mês. Era raro, e tinha que ir lá, ficar lá na fila. (D. Nair / Confiança em Deus, grifo meu)*

*Às vezes frio, frio. Tinha gente que até ia dormir lá. Pra conseguir vaga. É mais fácil agora. (D. Alda/ Domingo é dia de descanso, grifo meu)*

*Melhorou. Por que antes era muita gente, aquele tumulto pra conseguir uma ficha. Um terror! Tinha que ir de madrugada pra conseguir uma ficha. Então agora não, com dois, menos gente, fica bem melhor. Inclusive eu cheguei lá, com esse problema do nódulo, ela me atendeu na hora. Não precisei nem marcar, nada. Assim que eu cheguei ela já me encaminhou com ele. (D. Maria Rita/ Cada um tem o seu jeito de ser, grifo meu)*

Em geral, a principal mudança relatada pelas pessoas entrevistadas desde a implantação do PSF foi o agendamento para atendimento com o médico clínico geral, que já não precisava ir de madrugada para conseguir marcar um horário para consulta.

Já no depoimento a seguir, a entrevistada disse que melhorou, mas que a população deveria ir em busca de saber os seus direitos. Embora, no momento final da fala, apareceu a torcida para que as mudanças positivas permanecessem, demonstrando, entre outros, um desconhecimento em relação às estratégias do Saúde da Família, que tem como uma das metas o atendimento integral e de qualidade a todas as pessoas residentes na área de atuação da equipe.

*Melhorou muito, muito, muito esse Postinho. Daqui uns anos atrás, tu tinha que ir meia noite tirar uma ficha, chegava lá, a ficha já estava no caminho, num colchão, dormindo lá. Então não tinha nem “acabamento” de um idoso. A gente via, que eles não podiam pará em pé, tava lá na fila esperando. Tava frio, chuva, lá esperando, com o guarda-chuva aberto, não tinha nem onde ficar. E hoje não. Já mudou muito. Já melhorou. A gente vai lá, a gente já*

*é bem atendido. (...) agora que eles dizem que não tem médico ali. Mas até aí eu nem sabia. Por que às vezes, no começo do ano, tu vê que tinha três médicos por dia. Três médicos atendia por dia. Todo dia. Eu disse assim, o Postinho nunca foi bom, como foi agora. Nunca foi tão bom, quanto estava agora. Eu ainda falei assim, tomara que isso “guentasse”. (D. Itamara / Tem que lutar na lavoura pra sobreviver)*

D. Itamara, como as outras entrevistadas ao compararem com anos anteriores (quando havia necessidade de ir de madrugada para marcar consulta com o clínico geral), mencionaram que, nesse sentido, o atendimento do Posto mudou para melhor. No entanto, não associaram essa melhora com o início das atividades do PSF no bairro.

D. Soraia explicou as mudanças que ocorreram, associando-as com a figura do gestor do município:

*Agora, não sei dizer. Alguns dizem que é por causa do Prefeito, que esse prefeito que está agora ali é melhor que os outros. (D. Soraia / Alguns dizem)*

Ao fazer essa associação, D. Soraia demonstrou como, em geral, as pessoas desconhecem os seus direitos e têm pouco (ou nenhum) acesso à informação sobre as diretrizes do SUS e do PSF. Desse modo, associam as mudanças a boa vontade do gestor, ao invés de considerá-las como resultantes das lutas e conquistas populares.

Dentre as vinte pessoas entrevistadas, apenas D. Marta referiu insatisfação com as mudanças no posto de saúde:

*Por que antes não, tá certo que antes era ruim, por que você era madrugada, até dormir lá você tinha que ir. Ao menos, você pegava o médico, ele tava lá, e pra faltar, só no caso de uma doença dele. Mas se ele não tivesse doente, era difícil ele faltar. Tinha aquela seqüência. Não é como agora que mudou, a gente não precisa ir de madrugada pegar ficha. Mas nem sempre tem médico. Então essa mudança eu não sei, não sei, ela pode ter melhorado pro idoso, pra não precisar ir pegar ficha de madrugada. Mas em relação a médico, eu não tô achando vantagem nenhuma. (D. Marta / Tocando a vida, apesar da dor)*

Com exceção desta última, as demais entrevistadas mencionaram que as consultas com o médico clínico geral estavam mais facilitadas e referiram a saída de um dos médicos do Posto como o principal inconveniente do momento, que estaria resolvido com a vinda de um novo profissional. No entanto, não apareceu em nenhuma das entrevistas a vinculação

desse fenômeno (maior facilidade agendar e consultar com o médico clínico geral) e o início das atividades das equipes de Saúde da Família no Médio Aririú; fato que reafirmou a suposição de que a população dessa localidade não participou efetivamente da implantação do PSF.

### 3.3.5) Sobre as Visitas Domiciliares dos Médicos

Encontrei em quatro das dezesseis entrevistas menção à visita domiciliar do médico, associada a uma experiência pessoal ou a de algum familiar ou conhecido (amigo, vizinho, etc.). Dentre estas, selecionei um diálogo entre D. Clara e D. Vânia sobre o assunto, após eu lhes ter perguntado se algum médico já tinha ido nas suas casas.

*D. Clara - Ah, sei. A Dra. Carla veio duas vezes, depois que eu tive a Helena (filha). Mas eu voltei pro Regional, por que me deu infecção. Mas ela veio.*

*D. Vânia - Eles só vão quando a pessoa está muito doente. .... tinha que ir no médico de cabeça aqui no Postinho, o neurologista, né. Então eles saíram pra fazer as visitas. Então foi ele, o agente de saúde, foi enfermeira.*

*D. Clara - Eu sou sincera. Às vezes, a gente chega lá, tem essa dificuldade toda pra ter um médico, a gente que precisa mesmo, e não consegue. Por que, daí como eles tiram médico pra fazer essas visitas, tu tens menos médico no Posto. Agora é só o Dr. José (médico Pediatra) lá, pra fazer tudo. E, às vezes, ele não dá conta. Por que tem que vim o outro médico, que está em falta ali. Seria o Dr. Adriano, que saiu. Aí vai esse médico passeando pra ver os doentes nas casas. Aí, às vezes, tem uma pessoa na emergência, e não tem ninguém, por que ele está fazendo essas visitas.(...) É, por que, tipo assim, Dr. José, quando eu cheguei lá, eu fiquei um tempão lá. Não dessa vez. Mas daí eu fiquei sabendo que ele estava fazendo essas visitas. Se ele estivesse lá, não tinha aquele monte de criança. Sabe assim, a criança doente, que tem contato com outra criança doente, fica mais doente ainda. Se fosse atendimento rápido, elas ficavam menos expostas a outras doenças. A pessoa está precisando, ela vai no Postinho. Eu até concordo em casos extremos, que a pessoa não pode sair de casa, pra ir lá no Postinho.*

*D. Vânia - O médico só vem, no caso, se a pessoa está acamada.*

*D. Clara - É, no caso, está acamada mesmo, aí eu concordo o médico ir. Mas é isso, que é só saúde, ou a pessoa faz as visitinhas mesmo. É, eles fazem a visita se a pessoa está ruim mesmo, ou nesse caso, de fazer a visita mesmo. Não está assim tão..*

*D. Vânia - Uma vez a mãe estava com equizema na perna, aquelas feridas na perna de varizes, daí a médica vai, uma vez por semana, eles fazem curativo em casa.*

*D. Vânia - Isso aí eu concordo. (Queremos informação, grifos meus)*

Nessa transcrição identifiquei dois momentos distintos. Num primeiro D. Clara mencionou o atendimento domiciliar, pois recebeu uma visita da médica no pós-parto. Num segundo momento as duas entrevistadas conversam sobre a visita. Nesse diálogo, D. Clara defendeu o atendimento ambulatorial, ao invés do médico "passear" pra ver os doentes nas casas e chegar alguém na emergência e não ser atendido, pois o médico saiu para fazer as visitas (sic) No entanto, concorda que, em casos extremos o médico deve ir ao encontro da pessoa que necessita do atendimento, como nos citados por D. Vânia.

Para o Ministério da Saúde (2000), o atendimento domiciliar deveria ser *elemento central no PSF*, e deveria ser realizado cotidianamente pelo ACS, para garantir o vínculo e o acesso ao contexto da família. A partir do relatório dessas visitas - a ser repassado para o restante dos componentes da equipe -, deveriam ser feitos os devidos encaminhamentos para cada caso. Desse modo, as consultas domiciliares só aconteceriam quando estritamente necessário, sendo realizada pelos profissionais da medicina ou enfermagem, de acordo com a situação do enfermo. Tanto D. Vânia, como D. Clara demonstraram concordar com essa atuação do médico, desde que não interferisse no atendimento clínico ambulatorial

D. Nair demonstrou um desconhecimento sobre esse elemento central do PSF, pois em sua idéia, as visitas cessaram após o período eleitoral. *Não. Aí eu acho que depois da eleição, o atendimento em casa eu acho que cessou. (...) É, o atendimento em casa depois dessa época não teve mais. Aí quando precisar tem que levar a mãe lá. Arrumar alguém que leve. (D. Nair / Confiança em Deus)*

Esse foi um dos depoimentos mais inusitados que eu encontrei, pois D. Nair fez uma relação entre as visitas e política partidária que eu não esperava encontrar nessa pesquisa.

### **3.4) Formas de Participação**

Fundamentada em Oliveira (2000), Silva (2000), Valla (1996, 1998, 2000), os quais pesquisaram e escreveram sobre essa temática, identifiquei duas maneiras, através das

quais, os/as entrevistados/as participavam em saúde: a participação espontânea ou involuntária e a participação consciente / crítica, que por sua vez, acontecia de duas formas, através de um pensamento coletivo, voltado para uma prática mais individualizada e um pensamento coletivo em busca de uma mobilização comunitária efetiva, apresentados a seguir.

### **3.4.1) Participação Espontânea ou Involuntária**

As pessoas entrevistadas quando questionadas sobre como participavam das questões de saúde do bairro ou do município de Palhoça, mencionaram que participavam utilizando os serviços - procurando atendimento ou na procura pela consulta médica ou no comparecendo aos encontros que tinham sido promovidos pelos profissionais das equipes de saúde da família.

*Não. Só vou quando realmente preciso. (D. Maria Rita / Cada um tem seu jeito de ser)*

*A gente vai pra consulta e também reunião sobre a pressão. Teve duas com a Dra. Carla, que eu fui. Daí eles passam uma fita. Pra explicar ali, quando está alta, baixa. (D. Rose / Não queremos dieta)*

### **3.4.2) Participação Consciente ou Crítica**

#### **3.4.2.a) Que resulta de um pensamento mais individual**

Nesta subcategoria temos àquelas entrevistadas que referiram procurar algum esclarecimento, mas agiam de forma mais particularizada, ou seja, melhorar a sua saúde e a de seus familiares, como o depoimento de D. Nair:

*A nossa Igreja já tem muitas orientação de saúde né. Então orienta muito na alimentação, vegetal. Diminui muito a carne, eu nem como carne né. Saber ter os nutrientes certinho. Então a nossa igreja orienta, sempre tem a orientação, tem aula. Tem filme sobre saúde, o que deve comer. Daí a gente participa mais dessas partes porque já está mais na religião né.*

*(...)*

*Olha, eu não estou lembrada assim os cuidados que vem pelo governo, como cuidar pela dengue, essas coisas assim. É quando eles já anunciam pelo rádio, que vem uma doença, que é pra tomar cuidado. Então a gente sempre já fica “ligado”, alerta né. Toma todos os cuidados. E no mais talvez tenha programação, mas a gente não está a par. É, a gente não está a par dos outros programas de saúde.(D. Nair / Confiança em Deus)*



Na primeira parte da fala de D. Nair apareceu também a participação vinculada a sua prática religiosa, com o cumprimento das orientações sobre cuidados com o corpo. Num segundo momento, após ser questionada como participava dos programas do governo, D. Nair remeteu-se mais uma vez aos cuidados preventivos de doenças epidêmicas, como a dengue e terminou sua resposta referindo que não estava a par de outro programa do governo. Em geral, como nos apontou Valla (1996) as campanhas governamentais veiculadas pelos meios de comunicação de massa, via de regra, responsabilizavam cada sujeito pelo seu processo de adoecimento, isto é, culpabilizando a vítima e eximindo o Estado de suas responsabilidades.

Identifiquei também outras formas de participação, nas quais as pessoas buscavam garantir os seus direitos e de seus familiares, como a D. Almira:

*(...) Por que eu falei mesmo, até esses dias atrás nós precisamos da área de saúde da Palhoça, pra minha sobrinha ali, que ela precisava fazer um eletro da cabeça. Eu acho assim que a gente tem direito. Eu disse assim, a área de saúde está aí pra esses casos, quando a pessoa não tem condições de... Aí fomos lá e conversamos com a moça tudo, e esperemos, fomos no outro dia, que tinha que falar com mais gente. Não, se é preciso, vamos. Daí, fomos no outro dia e conseguimos. Que até agora, nesse mês de agosto, que ela vai fazer. Então eu disse pra ela assim, a gente não pode ficar parado, é por que o Posto não consegue, que a gente não ia em busca do que a gente tem direito. Por que eu acho assim, se aqui no Posto, eles não tem como. A gente tem que sair, por que a área de saúde, deve abranger todo o ... Não é por causa ser este Posto, que não pode ir lá e eles não atender. (D. Almira / Tem que ter amor a profissão, grifo meu)*

D. Almira aparentemente demonstrou que sabe que possui direito à saúde em todos os níveis de complexidade, seja para a realização de um exame mais sofisticado, que não foi marcado pelo Posto. Na situação narrada, D. Almira foi em vários serviços públicos até conseguir marcar o exame para sua sobrinha e aconselhou que deve-se ir em busca *do que a gente tem direito*. Entretanto, a ação de D. Almira não visou a melhoria para uma coletividade, mas resumiu-se em conseguir com que sua sobrinha pudesse realizar o eletroencefalograma solicitado pelo médico.

D. Rose também contou uma história bastante semelhante com a de D. Almira:

*(...) pra fazer os exames, da minha mãe, que eu fui lá fazer, eu esperei que o secretário (municipal de saúde) lá, viesse, eu e outro, nós combinamos pra todos falar com ele, mas a maioria foi embora, eu e outra da Enseada (de Brito, localidade do município de Palhoça), nós esperamos pra falar com ele, por que a gente ia cedo pra ir lá marcar, com ordem aqui do Aririú. A mãe precisava de mais urgência. A gente chegava lá, aquela fila enorme, já saía do Posto, cá já na estrada. E dia que eles davam 60 números, e dia 50 e dia 25 números, pra ter mais 300 pessoas. Aquilo era uma briga só. Dava pra 25 pessoas, a maioria ia embora. No outro dia a mesma coisa. Eu achei aquilo ali um absurdo! Aí falamos com o secretário, ele escreveu lá umas folhas. Ele disse que ia fazer uma semana, que ele tinha assumido aquilo ali. Ele ia ver, pra endereitar aquilo ali. Ia fazer uma audiência pra conversar, pra acertar. Por que aquilo era um direito nosso e aquilo ali não poderia ficar. Então ele estava novo ali, e não sabia muito bem o que estava passando. (D. Rose / Não queremos dieta)*

D. Rose, mobilizada por um interesse particular, ou seja, agendar um exame para sua mãe, participou de um encontro com o gestor municipal de saúde, o qual relatou sobre a situação vivenciada por centenas de munícipes na tentativa de marcarem exames laboratoriais. Mesmo que motivada por uma situação pessoal, D. Rose tornou-se uma espécie de porta-voz dos moradores do município descontentes com a organização para a marcação de exames e consultas com especialistas. Nessa situação, mesmo pensando em o seu problema, D. Rose acabou agindo coletivamente.

### **3.4.2.b) Que resulta do pensamento coletivo**

Para ilustrar essa subcategoria, selecionei trechos de entrevistas de três mulheres que, no meu entendimento, destacaram-se por um elevado grau de consciência participativa política, que remete à preocupação não só com sua saúde e de seus familiares, mas de toda uma coletividade. O primeiro a ser apresentado, será o de D. Itamara, a matriarca que respondia pelas questões de saúde dela, da filha, do genro e do netos que com ela residiam.

*Como ela (agente comunitária) já foi, ela veio aqui, Dona Itamara tal dia tem reunião pra vocês. Eu vou. Por que a gente sabe que elas andam, também elas querem participação das pessoas. Não adianta só nós dizer assim, ah, por que é ruim. A gente tem que saber o direito da gente e o direito delas. Não só elas (agentes de saúde), que tem que correr atrás de nós. (D. Itamara / Tem que lutar na lavoura pra sobreviver, grifo meu )*

Nesse trecho da entrevista com D. Itamara, constatee que a mesma defendeu que as pessoas devem conhecer e ir em busca de seus direitos, não se acomodando a apenas esperar que as coisas aconteçam. Em outros momentos de nossa conversa, D. Itamara relatou situações em que esteve envolvida e que agiu no interesse coletivo. Como quando num dia, após esperar horas na fila de madrugada, a pessoa que distribui a senha e não respeitou a fila que já tinha formado, D. Itamara retornou no dia seguinte e explicou para o rapaz que distribuiu as senhas que ele deveria respeitar a colocação das pessoas na fila, defendendo não só sua posição, mas das outras pessoas que ali estavam.

Outra situação foi o agradecimento em público, após a realização de um missa, pela festa de natal que foi organizada por uma das médicas do Posto no ano de 2002 e que reuniu a comunidade numa tarde de confraternização com comida, bebida e distribuição de doces e brinquedos para crianças até cinco anos. Também quando sugeriu que a marcação de exame fosse feita no próprio Posto. Através desses relatos e dessa fala de D. Itamara, identifiquei um coerência entre sua forma de pensar saúde e sua atuação na comunidade.

No próximo trecho selecionado da entrevista de D. Almira, esta mencionou que quando foi instalada o Posto de Saúde no Médio Aririú, ela tinha participado voluntariamente de sua organização, inclusive o irmão dela tinha construído os móveis para o arquivo. No trecho que segue, D. Almira reafirmou sua vontade de voltar a participar efetivamente da organização da unidade básica de saúde, como já havia acontecido há anos atrás e que (contraditoriamente) após a implantação do PSF na comunidade (*ou da mudança que houve*) ela deixou de participar.

*Agora, depois dessa mudança que houve não. Do jeito que vinha vindo, na primeira reunião que a gente foi, até eu tinha, por que á tarde, eu tenho livre, por que daí a menina vai pra escola. Eu gostaria mesmo, de fazer parte assim. Quando começou a primeira reunião dos idosos, foi gostoso por que a gente sentiu que nós íamos ter tarefa, ter participação de alguma coisa com o Posto. Mas depois disso, não houve mais. Diz que vai voltar a ter, mais isso aí a gente não foi ainda informada, pra quando. (...) Então se vier, eu tenho vontade assim, de participar. De fazer alguma coisa de... Por que se a gente faz, ajudando lá, tá fazendo pra comunidade. Se eu participo da comunidade, vai melhorar pra gente.* (D. Almira / Tem que ter amor à profissão, grifo meu)

Ao final dessa passagem, a entrevistada reafirmou sua vontade de participar, fazer alguma coisa pelo bem comum, denotando uma forma de pensar que acredita na força que existe na união e no trabalho em conjunto em prol da coletividade, ilustrada na frase final: *Se eu participo da comunidade, vai melhorar pra gente.*

Valla (1998: 09) considerou que no âmbito das discussões que vem ocorrendo nas últimas duas décadas sobre os rumos técnicos e políticos do sistema nacional de saúde, a questão da participação popular tinha merecido destaque. Entretanto, o referido autor pontuou que essa discussão foi marcada por ambigüidades que expressavam as diferentes perspectivas com que se utilizou o termo; tendo em vista que: *O tom vago e difuso em que a proposta de participação popular aparece em textos oficiais, ao lado de sua frágil normatização, tende a torná-la, como consequência algo centralizado nas mãos dos técnicos e na burocracia governamental.*

O autor supracitado (ibidem) escreveu que participação popular, de forma geral, *compreende as múltiplas ações que diferentes forças sociais desenvolvem para influenciar as formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas e/ou serviços básicos na área social (saúde, educação, habitação, transporte, saneamento básico, etc.).* (p. 09) Neste sentido, apontava como fundamental que os diferentes atores sociais intervissem efetivamente na gestão dos recursos financeiros e humanos destinados a saúde pública, configurando-se, desse modo, o controle social.

Fundamentada em Valla, pareceu-me, entretanto, que no bairro pesquisado, as pessoas ainda não tinham consciência de que a população organizada poderia participar na tomada decisões sobre os serviços de saúde de sua localidade. Pude perceber que existiam algumas atuações mais isoladas (como a de D. Rose e D. Doroti) e, discursos e ações com viéses mais coletivos, como os de D. Itamara.

### **3.5) Ações Educativas em Saúde**

Em relação as práticas educativas em saúde, identifiquei em algumas entrevistas diversos aspectos que perpassaram mais ao aspecto informativo, como grupos de orientação a pacientes diabéticos e hipertensos. Como apareceu nos depoimentos da D. Deusa e da D. Almira:

*Uma vez tinha uma palestra ali na Igreja, que eles explicaram tudo, com a pressão e tudo. Teve essa com pressão, diabetes. O*

*Nivaldo (esposo) está com pressão. Pra ele ir de três em três meses participar com o médico. Pra ele ganhar o remédio. (...) Porque eles tem que saber quantas pessoas tem pressão alta, pra eles ter suficiente o remédio. Senão falta o remédio. Tem que ter o cadastro certinho das pessoas. (D. Deusa / Em busca de sossego e solidariedade, grifos meus)*

*Por que de repente, daí começaram, essa nova organização dos Postos de saúde. Começou com uma reunião com os idosos. Eu até, fomos uma das primeiras que teve. Eu achei assim muito válido. Por que te orienta. E eu não tava por dentro, nas palestras que eles dão, o médico chegou conversou com a gente, falando sobre a menopausa. O idoso. Como o idoso tinha que se cuidar. Pressão alta, como é tinha que fazer. E de repente, parecia que ia tão bem, e de repente não aconteceu mais, não sei porquê. (D. Almira / Tem que ter amor à profissão, grifo meu)*

D. Deusa mencionou como os profissionais *explicaram tudo*, repassaram as informações de que *precisam saber quantas pessoas têm pressão alta*, para que não faltasse o remédio. Para D. Deusa o fato do marido *ganhar o remédio*, pareceu mais importante do que participar desses encontros. Diferentemente, D. Almira falou que considerou válido, pois o médico orientou, falou sobre a menopausa, sobre os cuidados com a saúde dos idosos e das pessoas hipertensas (sic). Desse modo, D. Almira demonstrou mais ênfase nas informações recebidas e em sua aprendizagem, do que num outro benefício secundário (como o recebimento do medicamento).

D. Clara também mencionou a importância da informação e, quando questionada sobre se os profissionais do posto de saúde teriam que passar alguma informação, ela respondeu que sim, pois eles *têm mais acesso e estão sabendo de tudo*. E complementou dizendo que:

*Ou, às vezes, por que tem gente que não sabe ler. Então tem que falar: - Não, o senhor tem que se alimentar dessa maneira. É uma conversa. Ou alguém pra conversar. Por que essas informações que a gente tem, é através da televisão. Essas coisas assim, que você fica sabendo, a maioria das vezes, tu fica sabendo pela televisão. Não que alguém do Postinho ou de outro lugar fale pra ti. (D. Clara / Queremos informação)*

De uma maneira semelhante, tanto D. Deusa, quanto D. Almira e D. Clara tinham uma concepção de que a equipe de saúde ou o médico deveriam repassar informações que

seriam por elas aprendidas. Desse modo, identifiquei em suas falas, o que Da Ros (2000) denominou de Educação Sanitária, ou seja, uma prática educativa interventiva e unilateral, com os técnicos repassando um dado conhecimento (noções de higiene e cuidados preventivos) para que a população aprenda e incorpore em seu cotidiano.

Na entrevista com D. Maria Rita, ao ser questionada sobre alguma sugestão de atividade para a equipe do posto de saúde, mencionou que:

*Como a minha sogra falou, acho que eles poderiam ter um trabalho com os idosos. Algumas atividades, coisas assim. (D. Maria Rita / Cada um tem o seu jeito de ser)*

D. Maria Rita sugeriu atividades para pessoas idosas - no Centro de Saúde do Alto Aririú, umas das médicas da ESF estava realizando caminhadas com portadores de hipertensão arterial, o que era de conhecimento de D. Maria Rita, que mencionou sua vontade de participar de uma atividade educativa e/ou física promovida e organizada pelo Posto de Saúde.

Acho que vale lembrar que a D. Maria Rita (operária de uma fábrica de bordados) procurou atendimento no Posto, pois estava sentindo fortes dores nas mãos, punhos e braços, o que poderia ser um indicativo de uma lesão muscular ocasionada pelo movimento repetitivo de sua atividade de trabalho, cuja lesão poderia ser atenuada com ginástica laboral e informações sobre procedimentos preventivos, organizados pela ESF.

Vale registrar também que vários moradores dessa localidade trabalhavam numa empresa que envasava água mineral, na fábrica de bordados citadas pela entrevistada, na roça, bem como em pequenas marcenarias que atuavam na região, atividades laborais que exigiam movimentos constantes do corpo e que poderiam ocasionar sérios problemas ósseos, musculares, entre outros, passíveis de serem evitados ou prevenidos com informações, trabalhos de orientações posturais e corporais junto à comunidade, que poderiam estar sendo realizados pelas ESF.

O Ministério da Saúde (2001: 194) reconheceu que (...) *As ações educativas e de prevenção, aliadas aos atendimentos mais freqüentes considerados ações da atenção básica ampliada, resolvem 85% dos problemas de saúde da população. Isso significa que o investimento na atenção básica previne o adoecimento ou o agravamento das doenças.* Defendia, desse modo, que as ações educativas e preventivas, aliadas a maior agilidade no

atendimento aos problemas mais simples de saúde deveriam ser a tônica do novo modelo de atenção em saúde, atualmente representado pelo Programa de Saúde da Família.

Ainda de acordo como o Ministério da Saúde (2000: 44):

*As atividades de educação em saúde podem lançar mão de inúmeras técnicas de trabalho criativo, de palestras a campanhas, oficinas, teatro (...) O importante é a utilização de elementos da cultura local para sensibilizar as comunidades sobre cuidados de saúde e situações que interferem na sua condição de saúde(...).*

Nesse sentido, identifiquei no depoimento de D. Itamara, uma atividade que aconteceu na comunidade e que foi programada pela equipe de saúde.

*A festinha aqui quem deu, eu acho que foi a médica do Postinho aqui, que deu. Foi ela que fez. Olha, foi bonito. Tava bonito ali. O ano passado(dezembro de 2002) eles fizeram uma festinha ali no salão do Posto, não sei, eu até cheguei por dentro, pra ver quem é fez... (...) Mas tava ótimo, não “fartou” nada. Fomos bem servido e teve de tudo. Todos elogiaram que aqui em Aririú nunca teve uma festinha assim, um “deveremento” pras crianças. Como teve aquela vez aqui, nunca. Pelo que eu sei não. Nem na Palhoça. Eu tô aqui há 21 anos, e todo mundo elogiaram aquilo ali. Até nós fomos na Igreja, falamos pro padre anunciar na Igreja. Pra dizer obrigado pra elas, por que o que eles fizeram ali, tavam de parabéns. Por que aqui no Aririú eu cheguei e disse, nunca fizeram um brinquedo tão bonito, tão legal pras crianças, e tudo tão “apreparado” como eles fizeram ali. (D. Itamara / Tem que lutar na lavoura pra sobreviver)*

De acordo com Wagner et alli (s/d), as equipes de saúde da família deveriam planejar estratégias de trabalho baseadas na realidade sócio-cultural das famílias atendidas, buscando desenvolver processos educativos para a saúde, que contribuam para a adesão crítica e a participação comunitária, principalmente, nas unidades básicas de saúde. Por isso, os profissionais deveriam conhecer não somente as famílias com quem trabalham, mas também obter informações sobre a origem do bairro e seus recursos atuais.

Desse modo, a comemoração natalina coletiva, organizada pela médica de uma das equipes de saúde que atuava no Médio Aririú, conseguiu além de reunir a comunidade em torno de uma festividade - através da arrecadação e empacotamento dos brinquedos e guloseimas entregues para as crianças, bem como dos salgados, doces e refrigerantes servidos durante o evento - criar momentaneamente um espaço agradável de contato social

e trocas interpessoais (educativas), que interferem significativamente na aprendizagem e na qualidade de vida das pessoas.

Para finalizar a análise e o capítulo, selecionei alguns trechos do entrevista realizada com D. Beatriz, que me pareceu a mais indicada para ilustrar a possibilidade de resistir e participar socialmente, bem como a importância da educação para a melhoria dos serviços de saúde e para a transformação social.

*(...)É uma idéia que eu tinha, até conversei com a Dra. Carla, sobre o projeto, onde viesse uma ambulância, um plantão pra cá. Só que aqui é assim, ah, não adianta fazer por que o prefeito não vai aprovar. Mas eu ainda quero ver se mexo com isso. **Por que o povo, se depender dele, minha filha, tu está conhecendo como eles são, eles dizem amém, pra tudo. Não sabem os direitos deles. E o poder que eles tem. O povo daqui ainda é meio acomodado, meio medroso.** Ele ainda não acordou. Ele já acordou, só se alertou, mas não é aquilo tudo não.(...)Eu acho que não. Eu acho que o povo do Aririú, ele não quis, talvez, e não procurou. Até que ponto eu tenho direito? O que eu tenho, e o que eu não tenho? O que eu posso fazer em relação ao meu melhoramento? Eu acho que **o povo daqui tem que se reeducar.***

*(...)*

*Eu acho que sim. Não é só a saúde, isso eu já cobrei até do Padre. Não vamos colocar a carga só nas costas de um. Né? Isso é a saúde. A educação. É a Igreja. É eu, enquanto vizinho. Eu, enquanto professor. Eu, enquanto profissional. Seja o que for, catador de lixo. **Não importa o que eu seja, o importa, é que eu tenha consciência do que é e do que não é. Eu acho que isso faz parte, de onde o indivíduo vai cobrar os direitos dele.** Por exemplo, o nosso aluno começou a ter consciência, começava, a mudar, por que agente pegou professores novos aqui.*

*(...)*

*Daqui mais um pouco, se continuar assim, eles vão chegar no posto de saúde, eu estou com febre, não tem horário, não mas eu quero agora, eu quero! Não, eu quero, é o meu direito, eu estou doente. Não vou pra Santo Amaro, e nem vou atrás de um Posto, de um médico, por que eu tenho aqui! É meu! Quem paga, sou eu! Entendeu? Eu acho que é isso que tem que acontecer. **E quem trabalha** no sistema, eu sei que é difícil isso acontecer, mas **esclarecer as pessoas.** (D. Beatriz / Raízes no Aririú, grifos meu)*

Na trecho inicial da fala de D. Beatriz, a mesma mencionou um certo descrédito em relação à organização e participação do povo nas tomadas de decisões, tendo em vista que dizem amém pra tudo, são meio acomodado, meio medroso (sic). Entretanto, logo em



seguida, ela enfatizou que a partir de um processo de conscientização (reeducação) quanto a seus direitos e deveres, esse mesmo povo, antes acomodado, pode vir a lutar por uma nova relação com os serviços de saúde.

A fala da entrevistada remeteu-me a Dias (1980: 76), citada por Silva (2000: 63), no trecho em que definiu a participação como *um processo essencialmente educativo que se inicia desde a atização do fato, desde a conscientização da realidade a ser mudada (...) tornar parte da produção, na gestão e no usufruto caracterizam o processo participativo*. D. Beatriz, até por ser educadora num escola pública estadual e contar sobre sua trajetória de voluntariado e de luta, sugeriu que a escola pudesse ser um local privilegiado de formação do cidadão.

D. Beatriz também mencionou que não era somente a escola que deveria assumir essa função, porém outras instituições da comunidade, como a Igreja e os próprios serviços de saúde, *pois não importa o que eu seja, o importa, é que eu tenha consciência do que é e do que não é* e ter consciência dos seus direitos. Para que esse objetivo seja alcançado, percebi que D. Beatriz indicou algumas saídas, dentre as quais, cito a importância do *povo se reeducar* e das pessoas que trabalham no sistema esclarecerem a população (sic), para que então as pessoas participem e busquem seus direitos.

Para Garcia (1997), o caráter educativo das ações em saúde deve ir além da informação e orientação sobre as funções corporais e os meios de evitar doenças. Para ele, através de um processo efetivamente educativo e transformador, a saúde pode tornar-se um espaço de construção e esperança. Construção de uma sociedade mais igualitária e esperança de mais vida.

De uma forma similar, D. Beatriz também descreveu uma sociedade, na qual as pessoas, conscientes de seus direitos e deveres, cobrem do poder público e das instituições acesso aos serviços de saúde e respeito a sua dignidade e cidadania.

Desse modo, penso ser a ação educativa um importante componente de atenção básica à saúde, desde que ressalte a troca de experiências e o respeito mútuo às vivências e ao processo cultural de cada indivíduo em sua família e comunidade.

### **3.6) Considerações Finais**

Ao longo dessa pesquisa qualitativa, encontrei respaldo em vários autores, que me auxiliaram a construir meu referencial teórico e a fazer a análise dos dados.

De acordo com Da Ros (2000), o conceito de saúde se foi modificando ao longo da história da humanidade. Assim, tanto o momento histórico quanto os meios de produção cultural e material influenciaram no modo de se conceber o homem, suas relações e suas formas de pensar e atuar em diversos setores sociais, dentre os quais a saúde e a educação.

Constatei que nas falas das entrevistadas apareceu uma concepção de saúde para além da ausência de doença ou de dor, as pessoas consideravam que as questões ambientais, familiares, emocionais e financeiras interferiam na saúde das pessoas tanto quanto os agentes biológicos patogênicos e a falta de cuidados higiênicos e com o corpo. Nessa perspectiva, essas pessoas demonstraram possuir, em parte, uma concepção de saúde similar à defendida pelo Movimento Sanitário nos anos 70 e 80 e apresentada nas recentes publicações do Ministério da Saúde.

Contraditoriamente, na população entrevistada pude perceber que, em geral, a saúde estava sendo pensada como uma responsabilidade de cada indivíduo em particular, distante de uma concepção mais ampla e social. Também apareceram, em algumas falas, menções a cuidados em saúde vinculados à prevenção de doenças (através da alimentação, da vestimenta, da prática de exercícios, da higiene), típicas de uma lógica higienista, positivista e preventivista em saúde.

Em consequência dessa forma de pensar sobre saúde as pessoas procuram os serviços e os profissionais de saúde somente em situações em que sentiam que o corpo estava precisando ou quando não conseguiam mais suportar o desconforto e/ou a dor. Esta atitude denota uma cultura ainda centrada no tratamento e não na prevenção (a prevenção estava vinculada ao controle de doenças já instaladas, como a diabetes e a hipertensão).

As queixas quanto aos serviços recaíram sobre as dificuldades de marcar exames e consultas com especialistas, e que mais uma vez destacou a importância do diagnóstico e da autoridade do saber médico sobre o paciente. Por outro lado, a melhoria no acesso a consultas com o médico generalista no Posto foi a mudança mais percebida pelas pessoas.

Para Neder (2000), o pesquisador social precisa entender as multiplicidades étnico-culturais que constituem a família brasileira. Na prática, constatei ter cada família um jeito único de ser, organizar-se e relacionar-se consigo mesma e com o mundo. No entanto,

pude perceber alguns pontos em comum como o residir no bairro por opção, o utilizar o posto quando sentiam necessidade de procurar atendimento para tratar ou prevenir doenças, a aprovação do atendimento, apesar do pouco contato que tinham com os profissionais de saúde do Centro de Saúde do Médio Aririú.

Em geral, as pessoas não vinculavam o médico, os agentes comunitários e demais profissionais a uma equipe, além de não mencionarem uma relação de confiança com a mesma, devido em parte à grande rotação de seus membros. Desse modo, a constante troca de profissionais torna-se um grande obstáculo para a concretização do PSF na forma como foi concebido, pois dificulta a criação de vínculos entre estes e as famílias atendidas, prejudica o real conhecimento mútuo e a horizontalidade dessa relação e compromete a atuação da equipe e a eficiência das intervenções de promoção em saúde.

Por outro lado, grande parte das entrevistadas mencionou depositar confiança no trabalho desenvolvido pelas agentes comunitárias de saúde. Isto demonstrou a importância e a responsabilidade desse membro da equipe que serve de intermediário entre os demais profissionais da equipe e as famílias atendidas.

Outra característica marcante do grupo pesquisado foi a constante referência da harmonia, paz, sossego, união, aconchego, contentamento, diálogo como fatores essenciais para uma boa convivência e saúde familiar. Assim, cogitei que as pessoas entrevistadas defendem a paz no ambiente familiar para se ter saúde, pois a violência a que estão submetidas todos os dias (crimes, desemprego, guerras, trânsito, drogas, álcool, etc), fazem-nas querer aconchego, acolhimento, cuidado, proteção e tratamento respeitoso e carinhoso.

Seguindo nessa linha de pensamento, identifiquei serem a união e o sossego forma de bem viver e evitar conflitos dentro e fora da família. Desse modo, o diálogo foi citado como uma maneira de evitar brigas e discussões. Considerei, então, que as mediadoras em saúde (que também são as matriarcas) defendem o sossego e a tranquilidade, ao passo que repudiam o que possa prejudicar a harmonia (ou o equilíbrio) familiar.

Não é somente por acomodação, ou submissão, que essas pessoas não reagem, mas justamente para evitar o conflito que tanto temem. Isto é, o que parece ser submissão é uma forma de resistir a uma situação maior que as oprime. Mais do que discutir, "bater boca" e lutar por melhores condições de atendimento em saúde, ou mais do que tratar de doenças,

essas mulheres, mães, trabalhadoras, mediadoras em saúde desejam viver bem e com seus familiares (no aconchego, no sossego, na união e na paz).

Assim, de uma forma ingênua e simples as pessoas foram construindo explicações sobre as mudanças que aconteceram nos últimos meses com a implantação do PSF. Para algumas, foi resultante de um ato político; para outras, o atendimento médico no Posto melhorou, mas poderia ficar melhor, desde que a população começasse a participar.

As famílias do Médio Aririú, representadas pelos(as) seus(suas) mediadores(as) em saúde, com uma sabedoria presente na simplicidade e uma complexidade repleta de ingenuidade, a seu modo (nas queixas silenciosas e silenciadas; no "bate-boca" do balcão ou na audiência com o secretário; no agradecimento feito na Igreja ou no projeto de aquisição de uma ambulância) se adaptaram e resistiram ao novo modelo de assistência à saúde implantado no bairro. No entanto, poucas demonstraram ter consciência de seus direitos, adquiridos através das lutas populares (das décadas de 70 e 80 principalmente). E muitas se consideravam privilegiadas por disporem de serviços de saúde, como médicos e remédios.

Nesta pesquisa, encontrei divergências no modo como as pessoas pensavam e participavam em saúde. Elas conceberam amplamente a saúde, falaram que lutavam por seus direitos, mas procuravam atendimento somente no apuro ou na necessidade iminente do corpo. E se comportaram, em muitos momentos, como se não fossem dignas de serem plenamente e integralmente atendidas em suas necessidades

Concluí ser muito difícil para alguém defender seus direitos diante de um profissional vestido de branco, num espaço em que ele é autoridade para diagnosticar, prescrever e tratar as doenças. Ao mesmo tempo a valorização desse saber médico faz com que o trabalho clínico nas atuais práticas de saúde, apresente resultados imediatos no tratamento das doenças e na redução ou desaparecimento da dor. Por outro lado, no trabalho educativo os resultados vêm a longo prazo e são mais eficientes e eficazes na prevenção às doenças e promoção à saúde.

A partir dessas constatações, surgiram-me novos questionamentos: Como construir relações mais horizontais entre famílias e profissionais de saúde e entre os membros da própria equipe? Como criar e desenvolver ações educativas em saúde, sem prejudicar o atendimento clínico - ambulatorial? Como defender interesses de uma população que

desconhece ou pouco conhece de seus direitos? Como não se deixar enredar por um caminho tortuoso como o da saúde pública e não se contaminar pelas contrariedades e pelos programas faz de conta? Como continuar sonhando e tendo esperanças, numa sociedade em que me leva a duvidar de minhas próprias utopias? Como não desistir?

Em primeiro lugar, é preciso acreditar na capacidade de ser homem mais do que lobo do próprio homem, ter fé na capacidade de reagir a uma situação opressora, fé de que um dia o objeto de trabalho das ciências da saúde seja o corpo que trabalha, que ama e que luta (como escreveu Mario Testa, 1997: 11). Isto é, ter uma visão que permite superar as práticas comerciais da medicina e recuperar a subjetividade das pessoas. Subjetividade que, segundo Testa (ibidem: 12) *corre o risco de desaparecer em meio da suposta liberdade (no mercado) que postulam os teóricos do pensamento dominante da atualidade*.

Depois, entender que o SUS, como processo histórico e social em marcha, exige transformações não só no campo técnico-científico, mas principalmente no cultural e no político. E tais transformações ocorrem lenta e gradualmente num ambiente marcado pela diversidade de interesses e no embate entre atores políticos diferentes que desejam manter o poder e submeter, a qualquer preço, e os que lutam por uma sociedade mais justa e igualitária.

Vasconcellos (2001) escreveu sobre a importância de se considerar o contexto histórico e social e as relações de produção material e cultural na maneira de se conceber e desenvolver as ações educativas em saúde.

Nesse sentido, fundamentada numa perspectiva que defende a educação e a promoção em saúde como metas a serem alcançadas pelo PSF, penso que um dos grandes desafios atuais para o(a) profissional de saúde seja o estabelecimento de um diálogo com crenças e saberes distintos dos seus. Para isso, faz-se necessário o comprometimento do profissional e o estabelecimento de uma relação de confiança e respeito mútuo, que invista mais na relação sujeito-sujeito do que na relação médico (doutor) - paciente (subordinado).

Assim, defendo a visita domiciliar como um instrumento de educação essencial, pois permite ao profissional conhecer os indivíduos, parentes e rede de apoio no próprio contexto familiar, e assim, aumentam as chances de adesão e sucesso do tratamento, as mudanças de hábitos nocivos à saúde e a maior participação e mobilização comunitária.

Outras estratégias educativas também poderiam ser utilizadas pelas equipes de saúde na comunidade pesquisada, como: campanhas de esclarecimento junto a entidades - referências, como Associação de Moradores; Grupo de Jovens e Grupos de Idosos, por exemplo; além do acompanhamento de grupos educativos e terapêuticos com gestantes, diabéticos, com cuidadoras e/ ou responsáveis por crianças com baixo peso, entre outras alternativas citadas pelos/as entrevistados/as.

Em consonância com as novas diretrizes indicadas pelo Ministério da Saúde, veio-se discutindo a possibilidade de se desenvolver, em saúde, uma prática educativa baseada no referencial pedagógico progressista em que saúde e educação se articulam como práticas sociais. Nesse referencial, a proposta de educação dialógica e problematizadora pressupõe que as conquistas das necessidades são resultados de transformações radicais nos planos individual e coletivo e, desse modo, o homem passa a ter uma concepção mais crítica de si e de sua atuação no mundo.

Entendo que através dessa perspectiva problematizadora e dialógica, seja possível fazer promoção em saúde no Programa de Saúde da Família, ver os agentes comunitários e profissionais de saúde como educadores empenhados na construção de um vínculo que favoreça a reflexão crítica, o aprendizado conjunto e o real comprometimento nas/das famílias e comunidades atendidas na luta pela melhoria das condições de vida e saúde. Melhorias entendidas não como uma concessão, mas como uma conquista e um direito incondicional do homem, um ser social.

#### 4. Para não concluir ...

*Tantas vezes pensamos ter chegado.  
Tantas vezes é preciso ir além.  
(Fernando Pessoa)*

Ao fim de um percurso de pesquisa, pude construir um conhecimento que se foi constituindo na curiosidade cotidiana, nas perguntas nem sempre respondidas, nas conversas espontâneas com velhos e novos amigos, no diálogo silencioso com nossos parceiros de luta e vida, na leitura de livros, artigos de jornais e revistas, na contemplação do anoitecer numa bela praia, na gargalhada gostosa da terceira idade e de quem ainda dá os primeiros passos em busca de um abraço seguro. Em todos os momentos e lugares percebi que valeu a pena percorrer essa jornada, que me levou a aprender saberes e sabores novos, e a dar novos sabores a saberes antigos.

Aprendi a aprender e aprendi com os anos, as experiências e leituras, e tudo isto me fez ver e rever conceitos, definições, concepções. Na leitura dialogada com diversos autores sociais, nas áreas de saúde, educação e educação em saúde, lapidei o meu conhecimento, aparei as arestas. Fui, aos poucos, construindo e reconstruindo as minhas certezas, as minhas verdades momentâneas e as minhas posições teóricas. Penso não ter encontrado a verdade que conduziu minhas certezas, mas com certeza encontrei respaldo para as perguntas que me fazia.

Durante essa jornada, encontrei alguns autores que me ajudaram a ler, a interpretar e a aperfeiçoar os objetivos e a temática dessa pesquisa. Suas discussões teóricas fizeram-me avançar cada vez mais em minhas reflexões, que me levaram a novas indagações e inquietações. Por acreditar na dinâmica dos fatos e defender uma perspectiva histórica da construção do conhecimento, considero que o resultado dessa pesquisa é uma gota no oceano (que em sua particularidade contempla a generalidade, mas que não contém toda a grandeza de sua imensidão).

O contato com as pessoas do Médio Aririú, participantes dessa pesquisa, possibilitou-me compartilhar alguns aspectos íntimos de sua história pessoal e familiar: os cuidados pessoais e com os seus; as definições de saúde; a procura de atendimento médico; as "romarias" por diversos profissionais e serviços de saúde, a fim de identificar e curar suas enfermidades corporais e mentais, as queixas, as soluções, os sonhos, as lutas, as

feridas, as mágoas, as alegrias, as surpresas, as conquistas, as inquietações; suas escolhas de vida.

Ao longo de uma semana, entrei em várias intimidades, ouvi segredos, confidências, recebi orações, canções. Mas carreguei por diversas vezes o fardo de escutar e de me sentir impotente frente ao sofrimento vivido ou da dor atual dessas pessoas. Minhas perguntas suscitavam respostas nem sempre agradáveis de ouvir. Ou porque vinham num tom queixoso, lamurioso ou porque desvelavam falhas e punham a nu um sistema de saúde ainda pouco eficiente. Algumas pessoas me surpreenderam pela complexidade do pensamento, ou pelo contrário, pela singeleza e ingenuidade contidas de suas idéias. Outras me entristeceram pelo descaso com que foram tratadas, pela pouca informação a respeito de seus direitos e pela aparente submissão ao que estava posto.

Algumas constatações se evidenciaram já nas primeiras entrevistas. Como o desconhecimento da população sobre o Programa de Saúde da Família, o trabalho das equipes e a importância da participação comunitária. Vários depoimentos se ratificaram mutuamente e construíram uma imagem pouco favorável ao desenvolvimento dessa nova estratégia em saúde.

Outro ponto evidente quanto à atuação dos profissionais diz respeito a uma repetição do modelo de atendimento médico individualista, com ênfase no tratamento e na prevenção à doença. As falas das pessoas denotaram que os profissionais ainda não estavam construindo a educação e a promoção em saúde da forma como concebida nas diretrizes do PSF.

A atuação desses profissionais ainda guardava coerência com a formação acadêmica pela que passaram, a qual, em geral, dá ênfase apenas no indivíduo e a sua enfermidade, e desconsidera o contexto familiar e social mais amplo. Por isso considero de suma importância o fortalecimento e a ampliação dos Pólos de Educação Permanente, para que o treinamento de profissionais voltados para o estabelecimento de uma relação de respeito mútuo e de co-responsabilidade para com as famílias e comunidades atendidas.

Avalio que as famílias e a comunidade ainda não estão sendo consideradas como participantes ativos dentro dessa nova estratégia em saúde. Nesse sentido, os autores/pesquisadores em educação popular têm muito a contribuir através do relato de experiências que vêm acompanhando a longos anos.



Para haver uma efetiva mudança do atendimento em saúde no Brasil, acredito ser necessária a integração dos seguintes componentes: a articulação e participação política, o comprometimento e a co-responsabilização entre os gestores públicos, dos profissionais envolvidos e da população.

Penso que as discussões perpassam por uma nova forma de formar e/ou capacitar os profissionais em saúde, através de uma educação problematizadora, na qual o educador não seja apenas aquele que educa e sim o que incentiva o questionar crítico, que liberta os preconceitos e torna o educando livre para transformar-se e construir-se a si mesmo.

Freire (1995:25) apontou algumas saídas, já que para ele, educar (...) *não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou construção*. Ainda segundo esse autor, o diálogo é condição indispensável para uma prática libertadora em educação. Desse modo, (...) *o papel do educador não é impor a sua visão de mundo ou falar sobre ela, mas dialogar sobre as diferentes visões de mundo, incluindo a do educando*. (1987: 87)

Partindo da leitura de autores como Chauí, Fantin, Freire, Da Ros, Mendes, Mynaio, Valla, Vasconcellos, entre outros fui a campo com a proposta de dar voz aos que foram geralmente silenciados pelo sistema e desrespeitados em seu saber, suas experiências, sua cidadania e sua dignidade. Acredito ter alcançado em parte meu objetivo maior, tendo em vista que só pude realizar um encontro com cada família, e não cheguei a ter contato com todos os membros da mesma.

Essa pesquisa me levou ao encontro de pessoas de um mundo até então desconhecido para mim, as quais foram co-autoras desse trabalho e me permitiram ver um outro lado de uma estratégia de saúde que eu conhecia somente dos livros.

Transpor para o papel uma construção reflexiva com base nos depoimentos foi uma tarefa árdua, porém gratificante, como montar um quebra-cabeça, onde cada peça ou cada palavra ia tomando forma ao juntar com outras peças de encaixe perfeito, e formando pedaços cada vez maiores, os quais delineavam a imagem final.

Nesse momento, gostaria de resgatar uma frase de autoria de Heloísa Machado de Souza (1999: 09) que sintetiza um pouco a minha compreensão sobre esse período pelo qual passa a construção de uma nova forma de se pensar e atuar em saúde, denominada Saúde da Família: *Começar o novo é sempre o caminho mais difícil, mas é a única*

*garantia que, percorrida estrada, o olhar para trás não busca explicar o que não se fez ou que poderia ter sido e sim aprender com a ação, para fazer do futuro uma construção diária.*

Transportando essa percepção para essa pesquisa de educação em saúde, percebo, ao olhar para trás, que eu me fui construindo e reconstruindo como pesquisadora na medida em que encontrava e dialogava com os(as) autores(as), com as famílias e seus(suas) mediadores(as), com colegas, professores(as), alunos(as), amigos(as) e comigo mesma.

Nesse percurso, fui gestando, construindo, desconstruindo e reconstruindo algumas hipóteses, que me possibilitaram encontrar algumas respostas para as perguntas que me acompanharam ao longo desse processo. E, ao mesmo tempo, me fizeram pensar em novos caminhos de atuação nessa área de conhecimento. Esses caminhos haverão de levar-me a uma prática mais consciente e a novas perguntas e respostas, e a uma nova prática, num círculo infundável de um processo que não se acaba, mas se transforma e se reativa a cada dia.

Por isso, escolho terminar esse texto, com as palavras vivas de Henfil: *Não é o desafio com que nos deparamos que determina quem somos e o que estamos nos tornando, mas a maneira com que respondemos ao desafio. Somos combatentes, idealistas, mas plenamente conscientes, porque o ter consciência não nos obriga a ter teoria sobre as coisas: só nos obriga a sermos conscientes. Problemas para vencer, liberdade para provar. E, enquanto acreditamos em nosso sonho, nada é por acaso.*

## 5. Referências Bibliográficas

- ALVES, Albertisa Rodrigues et alli. Saúde e Doença: Uma abordagem sócio-cultural. Em: Flores e Silva, Yolanda e Celsa (org.), Maria. Saúde e doença: uma abordagem cultural da enfermagem. Florianópolis: Papa-Livro, 1996 (p. 56-74)
- ANGELO, Margareth e BOUSSO, Regina Szykit. Fundamentos da Assistência à Família em Saúde. Em: BRASIL. Manual de Enfermagem/ Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2001(p. 14-17)
- BORBA, Julian. Políticas de saúde e democracia: estratégias, impasses e contradições do movimento sanitário brasileiro. Em: Revista Katálisis. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Sócio Econômico. Departamento de Serviço Social. nº 1, Florianópolis: Editora da UFSC, 1997.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. 5ª ed., São Paulo: Atlas, 1995
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gestão Municipal de Saúde: leis, normas e portarias atuais. Rio de Janeiro: Brasil, Ministério da Saúde, 2001. (Lei nº 8080, Lei nº 8142 e Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996
- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: Uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial , 1997
- BRASIL. Ministério da Saúde. A implantação da Unidade da Família. Em: Cadernos de Atenção Básica, 2000
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde, 2000
- BRASIL. Ministério da Saúde. Revista Brasileira de Saúde da Família. Ano II, edição especial, nº 5, maio de 2002
- CARDOSO, Claudia Lins. A Inserção do Psicólogo no Programa Saúde da Família. Em: Psicologia Ciência e Profissão. nº 1.Publicação dos Conselhos Federal e Regionais de Psicologia, 2002 (p. 02-07)

- CHAUÍ, Marilena. Conformismo e Resistência. Aspectos da Cultura Popular no Brasil. São Paulo: Brasiliense, 6ª ed., 1994
- CONCEIÇÃO, Carmelita. Hoje somos uma tribo com identidade própria. Em: Revista Tema: Fiocruz, nº 21, nov./dez. de 2001. p.8-9
- CUNHA, João Paulo P. da e CUNHA, Rosani Evangelista. Sistema Único de Saúde: Princípios. Em: BRASIL. Ministério da Saúde. Gestão Municipal de Saúde: textos básicos. Rio de Janeiro, 2001, (p.193-200)
- DA ROS, Marco Aurélio. Breve História do Movimento Sanitário em Santa Catarina. Em: DA ROS, M.A. Um Drama Estratégico: O Movimento Sanitário e sua Expressão num Município de Santa Catarina. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro, 1991
- \_\_\_\_\_. Estilos de Pensamento em Saúde Pública. Um estudo da produção da FSP-USP e ENSP-FIOCRUZ, entre 1948 e 1994, a partir da epistemologia de Ludwik Flek, 2000. Tese (Doutorado em Educação) - Centro de Educação. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- FANTIN, Maristela. Construindo Cidadania e Dignidade: Experiências populares de educação e organização no Morro do Horácio. Florianópolis: Insular, 1997 (Introdução)
- \_\_\_\_\_. Educação Popular e Saúde: Conquistas e Desafios no Contexto Brasileiro. Em: Brasil, Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Caderno de Debate Educação Popular, 2000 (p. 06-15)
- FREIRE, Paulo . Pedagogia do Oprimido. 17ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra , 1987
- FREIRE, Paulo . Pedagogia da Autonomia: Saberes Necessários à Prática Educativa. 7ª ed. São Paulo: Paz e Terra (Coleção Leitura),1995
- \_\_\_\_\_. Política e Educação: ensaios. São Paulo: Cortez, 1993 (Coleção questões da nossa época, v. 23)
- FRIGOTTO, Gaudêncio. O enfoque da dialética materialista histórica na pesquisa educacional. Em: FAZENDA, Ivani (org.). Metodologia da Pesquisa Educacional. 3ª ed., São Paulo: Cortez, 1994 (p.71-90)
- GAMA, Ligia de Almeida. Educação Popular em Saúde: Reflexões sobre os conceitos e a prática do estudante de medicina da UFSC. Trabalho apresentado à UFSC para a conclusão do Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2003

- GARCIA, Adir Vademar. O Caráter Educativo das Ações em Saúde: Entre o Biológico e o Político. 1997. Dissertação (Mestrado em Educação) Centro de Ciências da Educação, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis
- MADURO, Otto. Mapas para a festa: Reflexões latinoamericanas sobre as crises e o conhecimento. Rio de Janeiro: Vozes, 1994 (Capítulo 1)
- MASCARENHAS, Carine Vendrusculo et alli. A representação social do Programa Saúde da Família, enquanto um novo modelo de assistência à saúde, para uma comunidade de Biguaçu/SC. Trabalho de Conclusão do Iº Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2003.
- MENDES, Eugênio Villaça. Uma Agenda para a Saúde. São Paulo: Hucitec, 1996 (Capítulo 2)
- MINAYO, Maria C. de S. (org.) Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994
- \_\_\_\_\_. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 2ª ed. SP/RJ: HUCITEC-ABRASCO, 1993
- NÉDER, Gislene. Ajustando o foco das lentes: um novo olhar sobre a organização das famílias no Brasil. Em: KALOUSTIAN, S.M. (org.). Família Brasileira, a base de tudo. São Paulo: Cortez; Brasília: UNICEF, 2000
- NORONHA, Ana Beatriz de. O diálogo deve ser aberto e problematizador. Em: Revista Tema: Fiocruz, nº 21, nov./dez. de 2001. p. 10-11
- OLIVEIRA, Andreia. Participação Popular nos Conselhos Populares de Saúde no Município de Criciúma - SC. 2000. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis
- OLIVEIRA, Paulo de Salles. Caminhos de construção da Pesquisa em Ciências Humanas. Em: OLIVEIRA, Paulo de S. Metodologia das Ciências Humanas. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2001(p. 17 - 28)
- OMS. El Trabajados Primarios de Salud. Edicion Revisada. Guia de Trabajo: OMS, 1980, México, DF
- PALHOÇA. Leis Nº 1044/2000, Nº 1363/2001 e Nº1557/2002.

- Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada de 17 a 21 de março de 1986.
- ROCHA, Ruth. Minidicionário Ruth Rocha. 8ª ed. São Paulo: Scipione, 1996.
- ROSEN, George. Da Polícia Médica à Medicina Social. Rio de Janeiro: Graal, 1979 (Capítulo IV )
- SADER, Eder. Quando novos personagens entram em cena. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988
- SANTOS, Luciane Medeiros. Grupos de Promoção à Saúde no Programa Docente Assistencial em Florianópolis: A Ação do Coordenadores e o Setting Grupal. 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis
- SCHMITT, Hellen B.B. Os Cenários para a Saúde de Palhoça. Monografia apresentada na Disciplina de Administração Estratégica do Curso de Gestão Estratégica do Serviço Público para Obtenção do Título de Especialista em Gestão Estratégica. Santo Amaro da Imperatriz, 2001
- SEVERINO, Antonio Joaquim. Metodologia do Trabalho Científico. SP, Cortez, 19 ed. 1985
- SILVA, Sueley do Nascimento. O Conselho Municipal de Saúde de Rio Largo - Um estudo de caso sobre a participação social na política de saúde municipal. 2000. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis
- SIQUEIRA, Dalvina de Jesus e outros. Um Passeio pela Grande Florianópolis: Homenagem aos 500 anos do Brasil. Florianópolis: Papa-Livros, 2000
- SOPHIA, Daniela. Os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo. Em: Revista Tema: Fiocruz, nº 21, nov./dez. de 2001. p.4-6
- SOUZA, Heloísa Machado de. O Futuro tecido no Presente. Em: Brasil. Ministério da Saúde. Revista Brasileira de Saúde da Família, nov. 1999. p.7-9
- TAKAHASHI, Renata F. & OLIVEIRA, Maria A. de C. A Visita Domiciliária no Contexto da Saúde da Família Em: BRASIL. Instituto para Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Manual de Enfermagem. São Paulo, 2000

- TESTA, Mario. Saber en Salud: La construcción del conocimiento. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997 (p. 09- 18)
- VALLA, V. Educação, Saúde e Cidadania: Investigação Científica e Assessoria Popular. Em: Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, jan./mar. 1992, p. 30-39
- \_\_\_\_\_. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. Em: Cadernos de Saúde Pública (Suplemento), Rio de Janeiro, 1998, p. 7-18
- \_\_\_\_\_. Educação e Saúde do Ponto de Vista Popular. Em: VALLA, Victor Vicent (org.) Saúde e Educação. RJ: DP&A, 2000, p. 07-10
- VASCONCELOS, Eymard M. Educação Popular nos Serviços de Saúde. São Paulo: Hucitec, 2ª ed., 2001
- WAGNER, Hamilton Lima et alli. Trabalhando com famílias em Saúde da Família. Em: [www.sobral.ce.gov.br/sausedafamilia/Publicacoes/PSF/psf.htm](http://www.sobral.ce.gov.br/sausedafamilia/Publicacoes/PSF/psf.htm)

## 6. ANEXOS

### 6.1) Roteiro das Entrevistas

A - Informações sobre a família - Procedência, membros (idade, sexo, escolaridade, ocupação)

B - Sobre relação com o posto de saúde - Costuma ir ao Posto de Saúde? Quem da família costuma ir mais ao Posto? Quando? Pra quê?

Que tipo de atendimento dão no Posto?

Como é o atendimento do Posto? O atendimento foi sempre assim? Mudou alguma coisa na forma de atendimento no Posto no último ano (serviço, pessoal, etc)

O que gostaria que mudasse no Posto?

C - Sobre o PSF : Já ouviu falar do PSF? Quando? Onde? Por quem? O que entendeu?

D - Sobre Saúde / Família Saudável - O que é uma pessoa saudável? O que é uma família com saúde?

E - Como vocês participam do serviço de saúde aqui em Palhoça?

F - Participou de alguma atividade do posto? Qual?



## 6.2) Cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) do Comitê de Ética da UFSC.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
 CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE - CAIXA POSTAL 476  
 CEP 88.010-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

Nossos nomes são Maristela Fantin, Marco Aurélio Da Ros e Fernanda Furtado Nascimento e estamos desenvolvendo uma pesquisa intitulada "**A implantação do Programa de Saúde da Família no município de Palhoça/SC segundo suas famílias usuárias**", a qual objetiva identificar como as famílias participam do referido programa, que foi implantado em sua comunidade no ano de 2002. Este estudo visa, entre outros, a realização de visitas de acompanhamento das/dos agentes comunitários de saúde em sua comunidade, bem como entrevistas com algumas famílias cadastradas e acompanhadas pelo Programa de Saúde da Família. Se você tiver alguma dúvida em relação a essa pesquisa e/ou não quiser participar mais dela, pode entrar em contato conosco através dos telefones \_\_\_\_\_. **Caso, você aceite participar, garantimos de que as informações fornecidas serão confidenciais e serão utilizadas somente neste trabalho.**

\_\_\_\_\_  
 Maristela Fantin  
 (Orientadora)

\_\_\_\_\_  
 Marcos Aurélio Da Ros  
 (Co-Orientador)

\_\_\_\_\_  
 Fernanda Furtado Nascimento  
 (Mestranda)

### Consentimento Pós- Informação

Eu, \_\_\_\_\_ concordo em participar, de forma livre e espontânea, da pesquisa, conforme datas e horários previamente combinados, podendo desistir em qualquer momento, assim como, ter garantia de ser respeitado e de ter o sigilo de minha identidade preservada. Concordo em prestar declarações com o uso de gravador, bem como, eventualmente prestar informações por escrito ou desenho. Também concordo que os depoimentos de meus/minhas filhos(as) com menos de dezoito anos de idade sejam gravados, bem como a utilização de seus escritos e desenhos sobre o tema investigado para ser usado e divulgados na referente pesquisa, sendo respeitado o anonimato em ambos os casos.

Palhoça, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2003

Assinatura \_\_\_\_\_

**6.3) Registros fotográficos do Posto de Saúde do Médio Aririú, da avenida Bom Jesus de Nazaré e outras localidades do Médio Aririú.**



**Escola Estadual Básica João Silveira,  
localizada na av. Bom Jesus de Nazaré**



**Pátio interno da E.E.B. João Silveira**



**Vista parcial da Av. Bom Jesus de Nazaré**



**Vista parcial da Av. Bom Jesus de Nazaré, nas proximidades do Centro de Saúde.**





**Via transversal à Av. Bom Jesus de Nazaré. Aos fundos observa-se o Morro do Cambirela, um dos pontos turísticos do município**



**Terrenos situados numa rua transversal à Av. Bom Jesus de Nazaré**







**Centro de Saúde do Médio Aririú – Parte Externa**



**Centro de Saúde do Médio Aririú – Parte Externa**



**Sala de espera e balcão de atendimento (dir.)  
do Centro de Saúde do Médio Aririú**